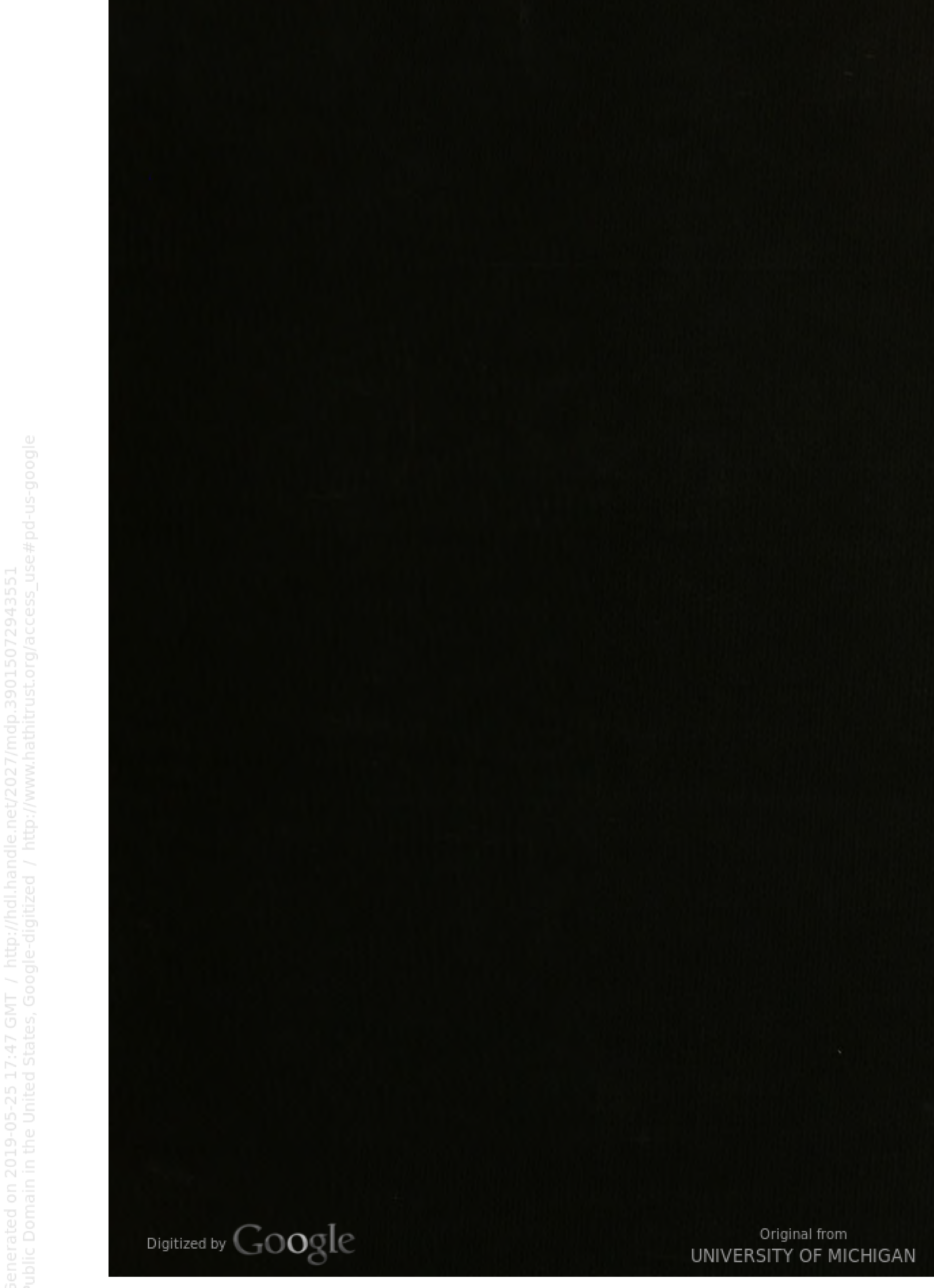
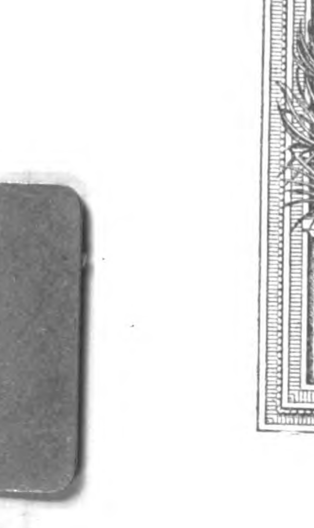
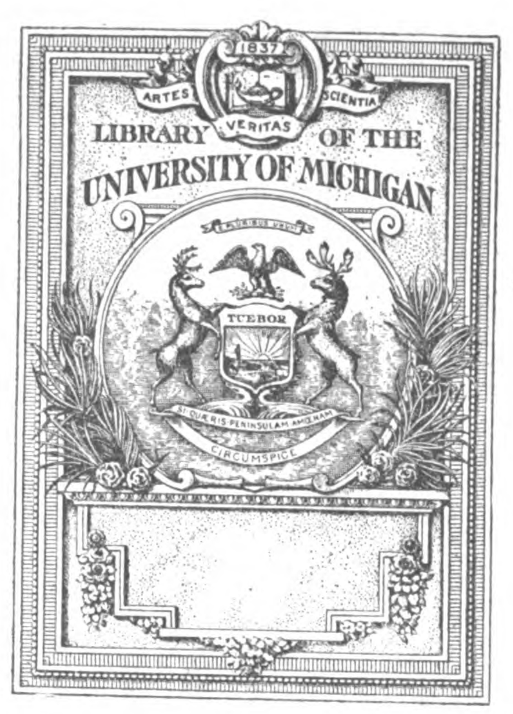





1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
TUEBOR
SI QUÆRIS PENINSULAM AMŒNAM
CIRCUMSPICE



Begründet von H. Auspitz und F. J. Pick.

Archiv
für
Dermatologie und Syphilis.

Unter Mitwirkung von

ALMKVIST (Stockholm), AMICIS (Neapel), BETTMANN (Heidelberg), BLASCHKO (Berlin), BRUCK (Altona), BRUHNS (Berlin), BUSCHKE (Berlin), CEDERCREUTZ (Helsingfors), CRONQUIST (Malmö), DOHI (Tokio), EHLERS (Kopenhagen), EHRMANN (Wien), FABRY (Dortmund), FREUND (Wien), FRIEBOES (Rostock), GALEWSKY (Dresden), GIOVANNINI (Turin), GROSZ (Wien), GROUVEN (Halle), HAMMER (Stuttgart), HARTTUNG (Breslau), HAUCK (Erlangen), HELLER (Berlin), HEUCK (München), HOCHSINGER (Wien), JANOVSKY (Prag), JESIONEK (Gießen), JOSEPH (Berlin), JULIUSBERG (Braunschweig), KLOTZ (New-York), KOPYTOWSKI (Warschau), KRZYSZTALOWICZ (Krakau), KYRLE (Wien), LEDERMANN (Berlin), LEWANDOWSKY (Basel), LINSER (Tübingen), LUKASIEWICZ (Lemberg), MAJOCCHI (Bologna), MATZENAUER (Graz), MAZZA (Modena), MEIROWSKY (Köln), MERK (Innsbruck), du MESNIL (Altona), NOBL (Wien) OPPENHEIM (Wien), v. PETERSEN (Petersburg), PHILIPPSON (Palermo), PINKUS (Berlin), POSPELOW (Moskau), PROKSCH (Wien), RIECKE (Göttingen), RILLE (Leipzig), ROSENTHAL (Berlin), SCHÄFFER (Breslau), SCHERBER (Wien), SCHOLTZ (Königsberg), SCHUMACHER II. (Aachen), SCHÜTZ (Frankfurt a. M.), SEIFERT (Würzburg), SPIETHOFF (Jena), STERN (Düsseldorf), TÖRÖK (Budapest), TOMASCZEWSKI (Berlin), TOUTON (Wiesbaden), ULLMANN (Wien), VIGNOLO-LUTATI (Turin), VÖRNER (Leipzig), VOLK (Wien), VOLLMER (Kreuznach), WAELSCH (Prag), v. WATRASZEWSKI (Warschau), WECHSELMANN (Berlin), WINTERNITZ (Prag), v. ZEISSL (Wien), ZINSSER (Köln), v. ZUMBUSCH (München)

und in Gemeinschaft mit

Arndt, Berlin, Arning, Hamburg, Bloch, Zürich, Czerny, Berlin, Finger, Wien, Herxheimer, Frankfurt a. M., Hoffmann, Bonn, Klingmüller, Kiel, Kreibich, Prag, v. Noorden, Frankfurt a. M., Riehl, Wien, Veiel, Cannstatt, Zieler, Würzburg

herausgegeben von

J. Jadassohn, Breslau und W. Pick, Wien.



Hundertfünfundzwanzigster Band.

Wien und Leipzig.
Wilhelm Braumüller.
Universitäts-Verlagsbuchhandlung (Gesellschaft m. b. H.).
1920.

Druck von A. Haase in Prag.



Begründet von H. Auspitz und F. J. Pick.



Referate.

Archiv
für
Dermatologie und Syphilis.

Unter Mitwirkung von

ALMKVIST (Stockholm), AMICIS (Neapel), BETTMANN (Heidelberg), BLASCHKO (Berlin), BLOCH (Zürich), BOECK (Christiania), BRUCK (Altona), BRUHNS (Berlin), BUSCHKE (Berlin), CEDERCREUTZ (Helsingfors), CRONQUIST (Malmö), DOHI (Tokio), EHLERS (Kopenhagen), EHRMANN (Wien), FABRY (Dortmund), FRIEBOES (Rostock), GALEWSKY (Dresden), GIOVANNINI (Turin), GROSZ (Wien), GROUVEN (Halle), HAMMER (Stuttgart), HARTTUNG (Breslau), HAUCK (Erlangen), HAVAS (Budapest), HELLER (Berlin), HEUCK (München), HOCHSINGER (Wien), JANOVSKY (Prag), JESIONEK (Gießen), JOSEPH (Berlin), JULIUSBERG (Posen), KLOTZ (New-York), KOPYTOWSKI (Warschau), KRZYSZTALOWICZ (Krakau), KYRLE (Wien), LEDERMANN (Berlin), LEWANDOWSKY (Basel), LINSER (Tübingen), LUKASIEWICZ (Lemberg), MAJOCCHI (Bologna), MATZENAUER (Graz), MAZZA (Modena), MEIROWSKY (Köln), MERK (Innsbruck), du MESNIL (Altona), NOBL (Wien), OPPENHEIM (Wien), v. PETERSEN (Petersburg), PHILIPPSON (Palermo), PINKUS (Berlin), POSPELOW (Moskau), PROKSCH (Wien), RIECKE (Leipzig), RILLE (Leipzig), ROSENTHAL (Berlin), SCHÄFFER (Breslau), H. E. SCHMIDT (Berlin), SCHOLTZ (Königsberg), SCHUMACHER II. (Aachen), SCHÜTZ (Frankfurt a. M.), SEIFERT (Würzburg), SPIETHOFF (Jena), STERN (Düsseldorf), TÖRÖK (Budapest), TOMASCZEWSKI (Berlin), TOUTON (Wiesbaden), ULLMANN (Wien), VIGNOLO-LUTATI (Turin), VÖRNER (Leipzig), VOLLMER (Kreuznach), WAELSCH (Prag), v. WATRASZEWSKI (Warschau), WECHSELMANN (Berlin), WINTERNITZ (Prag), v. ZEISSL (Wien), ZINSSER (Köln), v. ZUMBUSCH (München)

und in Gemeinschaft mit

Arndt, Straßburg, Arning, Hamburg, Coutrelepont, Bonn, Finger, Wien, Herxheimer, Frankfurt a. M., Klingmüller, Kiel

Kreibich, Prag, Lesser, Berlin, Riehl, Wien, Veiel, Cannstatt, Zieler, Würzburg

herausgegeben von

J. Jadassohn, Breslau und W. Pick, Wien.



CXXV. Band, 1. Heft.



Wien und **Leipzig.**

Wilhelm Braumüller,

k. k. Universitäts-Verlagsbuchhandlung (G. m. b. H.).

1918.

Januar 1918.

Register zu Heft 1, Band CXXV.

SACH-REGISTER.

Vom Archiv für Dermatologie und Syphilis erscheinen jährlich 2—3 Bände zum Preise von Mk. 40.— = K 48.—. Der Originalteil erscheint in zwangloser Folge, der Referatenteil allmonatlich in Heften von wechselndem Umfang. 72 Bogen bilden einen Band. Kostspielige Tafeln werden einem Bogen gleich berechnet.

In allen Redaktionsangelegenheiten wolle man sich an Geheimrat Jadassohn (Breslau XVI, Maxstraße I) oder Privatdozent Dr. Walther Pick (Wien I., Plankengasse 6) wenden.

Die im Archiv erscheinenden Tafeln werden auch in losen Exemplaren für Projektionszwecke zum Preise von 10—20 Pf. pro Tafel im Abonnement abgegeben. Bestellungen durch die Verlagshandlung Wilhelm Braumüller, Wien VIII., Wickenburggasse 13.

Inhalt.

Originalabhandlungen.

Sitzungsberichte.

Fachzeitschriften.

Seite

Buchanzeigen.





Archiv für Dermatologie u. Syphilis. Berichtteil.
Bd. CXXV. Heft 1.

Aus der Abteilung für Haut- und Geschlechtskranke
des Festungslazaretts Wesel.
(Chefarzt: Generaloberarzt Dr. Grassmann.)

Über einen Fall von Epidermolysis bullosa hereditaria.

Von Dr. **Ludwig Zweig,**
leitender Arzt der Abteilung.
Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten.

In der letzten Zeit sind wieder mehrere Veröffentlichungen über die Epidermolysis bullosa hereditaria erschienen, ein Zeichen, daß diese immerhin nicht ganz häufig vorkommende Dermatose dem Dermatologen noch manche ungelöste Probleme darbietet. Sie steht hiermit in einer Reihe ähnlicher Hautkrankheiten, über deren Entstehungsursache eigentlich noch völliges Dunkel herrscht. Bevor wir hier aber die am meisten interessierenden Fragen erörtern, wollen wir zunächst die Krankengeschichte unseres Falles anführen, um dann später an Hand derselben die Erörterung vorzunehmen.

Der Patient wurde am 7./XI. 1916 zum Heeresdienste eingezogen und dann am 24./XI. 1916 einem Militärlazarett überwiesen. Landsturmmann J., geb. 9./VII. 1873, Kaufmann.

Seit seiner frühesten Jugend hat Patient ein ererbtes Hautleiden, das ärztlicherseits als Pemphigus chronicus bezeichnet wurde. Der Ausschlag macht sich am ganzen Korper bemerkbar selbst bei geringster Anstrengung. Im Sommer tritt er häufiger und intensiver auf als im Winter Der Vater des Patienten, 85 Jahre alt, hat das gleiche Leiden, ebenfalls dessen fünf Geschwister, die es angeblich von der Mutter geerbt haben. Von den zehn Geschwistern des Patienten ist nur eine unverheiratete Schwester mit dem Leiden behaftet. Pat. ist seit 14 Jahren verheiratet; Frau gesund; ein Kind gestorben mit $1^1/_2$ Jahren an Gehirnhautentzündung; zwei Kinder leben, von denen der ältere, 11 Jahre alte Knabe gesund ist, während der jüngere, 9 Jahre alt, seit der Geburt das gleiche Hautleiden hat. Von den fünf Kindern einer Cousine, die selbst an dieser Hautrankheit leidet, sind drei ebenfalls krank. Pat. ließ sich seit seiner Jugend viel, jedoch erfolglos ärztlich behandeln.



Befund. Auf der Brust, beiderseits des Brustbeins, handbreit abwärts von den Schlüsselbeinen, sieht man zentrale braunpigmentierte Stellen von etwa 1/2—1 *cm* im Durchmesser; in der Peripherie frische krustöse Stellen von gleicher Größe; an einzelnen Stellen des Randes Blasenbildung. Am Schwertfortsatz des Brustbeins sieht man mattbraune Flecken, die nach Angabe des Pat. von einer gleichartigen Erkrankung zurückgeblieben sind. In der Kreuzbeingegend gleichfalls einige Pigmentflecke. In der Femuroskrotalfalte rechts und daran anschließend Bildung von etwas über die Haut erhobenen Wucherungen von hellroter Farbe. Am rechten Fußgelenk und etwas oberhalb davon, sowie an der Ferse Blasenbildung auf vollständig normaler Haut; teilweise haben die Blasen die Größe eines Zweimarkstücks erreicht.

Diagnose: Dermatitis herpetiformis Duhring, 27./XI. Wassermannsche Reaktion des Blutes negativ.

Behandlung der Blasen mit verdünnter essigsaurer Tonerde, des Körpers mit Tumenolspiritus.

12./XII. Der Entlassungsbefund.

Der Landst. J. leidet an einer außerordentlich hartnäckigen Hautkrankheit, Dermatitis herpetiformis Duhring. Das Leiden ist, wie aus der Vorgeschichte hervorgeht, als familiär aufzufassen. Der 9jährige Sohn leidet an der gleichen Krankheit in noch viel stärkerem Maße wie der Vater. Erfahrungsgemäß wird durch die Behandlung eine Milderung der Erscheinungen, aber keine Heilung herbeigeführt.

Im Ausbreitungsstadium der Krankheit ist eine dienstliche Tätigkeit unmöglich. J. ist daher nur als garnisonsdienstfähig — Innendienst — zu bezeichnen.

Die Truppe wurde inzwischen verlegt, und da die Krankheit wieder stärker auftrat, meldete sich der Pat. krank und wurde unserem Lazarett überwiesen.

A. Vorgeschichte (wie oben).

B. Aufnahmebefund. 4./III. 1917. Auf der Haut der Brust, der Streckseiten beider Arme, der unteren Bauch- und Leistengegend befindet sich eine Anzahl flachaufsitzender Hauteruptionen, die zum Teil nässen, zum Teil mit ausgetrockneten Borken bedeckt sind. An den Füßen und am Mittelfinger der rechten Hand mehrere größere, mit klarer, seröser Flüssigkeit gefüllte Blasen.

Therapie: Einpudern mit Zinkpuder, Öffnen der Blasen.

C. Verlauf. 7./III. 1917. Es sind auf der Körperhaut einige neue Blasen entstanden, die geöffnet werden.

Therapie: Die gleiche; außerdem wird dem Patienten 20 *ccm* seines eigenen Blutes nach Aderlaß intramuskulär eingespritzt.

14./III. Neue Blasen sind nicht entstanden, die alten heilen ab. Therapie bleibt.

20./III. Wassermannsche Reaktion negativ.

22./III. Auf der Brust eine Anzahl neuer Blasen.



30./III. Eine größere Blase an der Ferse nach einem Gang zur Stadt.

10./IV. Es gelingt durch fünf Minuten dauerndes Reiben an der Innenseite des l. Unterarms eine etwa zehnpfennigstückgroße Blase zu erzeugen. Diagnose: Epidermolysis bullosa hereditaria.

30./IV. Es wird eine einige Stunden alte frische Blase am linken Unterschenkel zur mikroskopischen Untersuchung exzidiert; aseptischer Verband.

1./VI. Die Exzisionswunde nimmt einen normalen Heilungsverlauf. An Stellen, an denen der Verband drückte, sind neue Blasen enstanden,

8./VI. Patient wird entlassen, da eine Heilung ausgeschlossen ist. Es wird ein Dienstunbrauchbarkeitszeugnis ausgestellt und die Entlassung aus dem Heeresdienst beantragt. (Siehe weiter unten.) Der Abgangsbefund zeigt gegenüber dem Aufnahmebefund keine großen Änderungen.

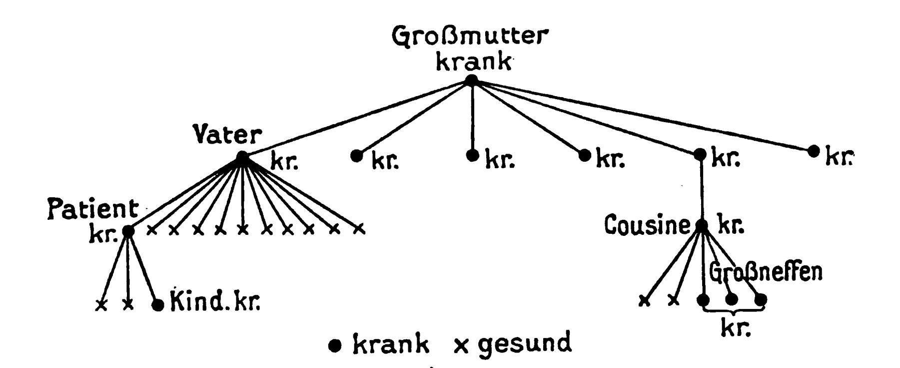
Wie wir gesehen haben, schwankte die Diagnose zwischen Pemphigus chronicus, Dermatitis herpetiformis Duhring und der von uns angenommenen: Epidermolysis bullosa hereditaria. Wir neigen der Ansicht derer zu, die die Dermatitis herpetiformis Duhring als eine Form des Pemphigus chronicus ansehen, bei dem alle Stadien dieser Hautkrankheit in vielgestaltiger Form bei demselben Individuum vorkommen. Rein äußerlich betrachtet, muß zugegeben werden, daß unser Fall unbedingt an eine Dermatitis herpetiformis Duhring erinnert. Jedoch sprechen besonders zwei Gründe für unsere Diagnose:

1. Die Heredität und
2. die Erzeugung von Blasen auf traumatischem Wege.

Diese beiden Symptome sind so stichhaltig, daß eigentlich gar nichts anderes in Frage kommen kann.

1. Was die Heredität anbelangt, so stellte Sakaguchi aus der Literatur diese in 95 unter 179 Fällen fest, also in 53% der Fälle, wobei jedoch zu berücksichtigen ist, daß in manchen von den übrig bleibenden 84 Fällen eine Vererbung auf die Nachkommenschaft noch statthaben kann. In der Familie unseres Patienten ist die Krankheit in vier Generationen beobachtet worden, und zwar waren von den 22 Familienmitgliedern 13 erkrankt, darunter nur zwei Frauen. Der Übersicht halber geben wir hier ein Schema des Stammbaumes.





Die Krankheit ist demnach in der Familie des Patienten sehr verbreitet. Der Sohn des Patienten hat das Leiden, genau wie der Vater, seit der Geburt. Wie mir der behandelnde Kollege mitteilte, zeigt der jetzt neunjährige Knabe augenblicklich zahlreiche Blasen besonders am Halse.

2. Die Erzeugung der Blasen auf traumatischem Wege. Hierbei ist die Eigentümlichkeit zu beobachten, daß meist nur ein dauerndes, länger einwirkendes Trauma, wie z. B. ein Reiben der Haut, zur Entstehung von Blasen führt, nicht aber ein kräftiger Druck oder Stoß. Auch chemische, thermische oder elektrische Reize bewirken nicht die Blasenbildung. Bei unserem Patienten bewirkte ein kurzer Spaziergang von dem Lazarett zur Stadt eine große Blase an der Ferse. Dann gelang es ja auch durch das Experiment innerhalb fünf Minuten durch mäßiges Reiben an der Innenseite des Unterarmes eine Blase hervorzubringen.

Nach diesen Darlegungen glauben wir uns für berechtigt zu halten, unseren Fall der Epidermolysis bullosa hereditaria zuzurechnen. Der Vollständigkeit halber wollen wir jedoch noch einige Symptome mitteilen, die sehr häufig bei dieser Krankheit beobachtet werden. So ist festzustellen, daß die Patienten — so auch der unsrige — berichten, daß die Krankheit lm Sommer viel heftiger aufträte als im Winter. Damit im Zusammenhang steht wohl die Beobachtung einer starken Hyperhydrosis. So konnten

wir bei den häufigen Untersuchungen unseres Patienten beobachten, wie der Schweiß in großen Perlen vom Körper tropfte.

Die Untersuchung des Blutes nach Wassermann hatte zweimal ein negatives Ergebnis. Die mikroskopische Untersuchung ergab keine große Abweichung von der Norm, wie das auch von den meisten Untersuchern bestätigt wird. Auch Sakaguchi stellte das bei seinen Fällen fest, während Spiethoff bei einer lange Zeit hindurch an demselben Patienten angestellten Blutuntersuchung in einer Serie von Untersuchungen Abweichungen von der Norm fand. Er fand dies sogar bei Menschen, die augenblicklich keine Anzeichen der Epidermolysis aufwiesen.

Die Untersuchung des Urins war ebenfalls stets ohne pathologischen Befund.

Die exzidierte Blase zeigte eine Abhebung der Epidermis und bestand aus einer Kammer ein Befund, wie er sich meistens bei dieser Krankheit feststellen läßt.

Man unterscheidet bekanntlich bei der Epidermolysis b. h. in der Hauptsache zwei Formen. Die erste Form zeigt die typische Blasenbildung und die Abheilung derselben, ohne jegliche Folgen zu hinterlassen. Bei der zweiten Form dagegen verzeichnet man außer der Blasenbildung, die im Gegensatze zu den ersteren Hautatrophien und Pigmentierungen hinterlassen, trophische Störungen an den Nägeln. Vidal und Hallopeau berichten dann noch über eine dritte Gruppe, bei denen die trophischen Störungen in den Vordergrund traten, während die Blasenbildung das nebensächliche Moment bildete. Unser Fall würde eine Übergangsform zwischen der ersten und der zweiten Form bilden, denn die Blasen heilen bei ihm unter Hinterlassung von Pigmentatrophien ab, während sonstige Dystrophien vor allem an den Nägeln vollständig fehlen.

Was die Pathogenese der Epidermolysis b. h. anbelangt, so sind im Laufe der Jahre eine ganze Anzahl Theorien dafür aufgestellt worden, die alle wohl einen Teil von Wahrscheinlichkeit für sich haben, denen aber zum Beweise immer noch das gewisse „Etwas" fehlt. Eins

ist sicher, daß wir es bei unserer Erkrankung mit einer Neigung der Epidermis, sich auf mechanische Reize hin leicht vom Korium zu lösen, zu tun haben. Ob es sich um eine Angioneurose handelt, die durch den traumatischen Reiz zur Lymphsekretion führt, wie Polland nach den Ausführungen Šambergers annimmt, oder ob Entzündungsvorgänge hier eine Rolle spielen, ist heute noch nicht zu entscheiden. Vielleicht handelt es sich auch hier um innersekretorische Vorgänge, die aufzuklären wir heute leider noch nicht imstande sind.

Aus diesem Grunde ist auch unsere Therapie ziemlich machtlos. Wir sind natürlich fähig, die Erscheinungsformen je nach ihrem Zustande wirksam zu behandeln; aber an einer ursächlichen Therapie fehlt es uns bisher. Arsen und Salvarsan haben ebenso versagt wie Eigenblut- und Autosero-Therapie. Es geht uns hierbei wie bei fast allen den schweren Dermatosen, deren Ursache uns unbekannt ist.

Da unser Patient zum Heeresdienste eingezogen war, so trat natürlich die Frage der Dienstfähigkeit an uns heran. Ebenso wie Polland stehe ich auch auf dem Standpunkt, daß ein Mensch mit einer derartigen unheilbaren Dermatose für jeden militärischen Dienst durchaus ungeeignet ist. Der Waffendienst ist selbstverständlich von vornherein auszuschließen, aber auch jeder andere Dienst wird daran scheitern, daß die schwere Uniform und die sonstigen Ausrüstungsgegenstände die Haut immer wieder zur Blasenbildung reizen werden. Aus diesem Grunde beantragte ich die Dienstunbrauchbarkeit, die denn auch von der vorgesetzten Instanz anerkannt wurde.

Literatur.

Mraček. Handbuch der Hautkrankheiten. Band I und II. — Sakaguchi. Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. Bd. CXXI. p. 378. — Polland. Dermatolog. Zeitschrift. Bd. XXIII. Heft 7. p. 385. — Spiethoff. Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. Bd. CXXIII. Heft 5.



Verhandlungsberichte.

Wiener dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 16. November 1916.

Vorsitzender: Ehrmann. Schriftführer: Stein.

Kren demonstriert 1. ein 5jähr. Mädchen aus Galizien mit Xeroderma pigmentosum, dessen Schwester an derselben Erkrankung in vorgeschrittenem Stadium leidet. 5 andere Geschwister sollen gesund sein. Die Eltern sind nicht blutverwandt. Das typische Krankheitsbild mit einzelnen hanfkorngroßen Epitheliomen in der Gegend der Augen ist derzeit beträchtlich dadurch verändert, daß die Pigmentationen zum großen Teil durch eine auf 8—10" ausgedehnte CO_2-Behandlung entfernt sind. Allerdings zeigen einzelne behandelte Stellen wieder kleine, blasse Pigmentationen, doch nur in sehr geringer Weise. Die weitere Beobachtung soll nun lehren, ob nicht vielleicht auch die Entwicklung neuer Epitheliome auf der durch CO_2 von ihrer Pigmentation zum größten Teil befreiten Haut beeinflußt werden kann. Wenn auch die Wahrscheinlichkeit sehr gering ist, so fordert doch der bis nun gezeitigte Effekt der CO_2-Behandlung zu deren Fortsetzung auf.

2. Zwei 15jährige Mädchen aus Munitionsfabriken, die damit beschäftigt sind, Geschosse mit Petroleum zu waschen. Sie zeigen beide eine typische Acne arteficialis der Streckseiten aller Extremitäten und der Bauchhaut. Eigentümlich ist nur die Entwicklung komedonenähnlicher Follikelverstopfungen ohne randständige Entzündung bei beiden Patientinnen über dem Bauch bei sonst nicht ichthyotischer Haut.

Oppenheim. Über die Hautschädigungen der Munitionsarbeiter habe ich zusammenfassend in der „Wiener klinischen Wochenschrift" publiziert. Als besondere Hautschädigungen habe ich dort nur hervorgehoben: die Quecksilberschädigung der Haut bei den Arbeitern mit dem sogenannten weißen Satz (Knallquecksilber), welche in Form einer toxischen Dermatitis acuta mit Ödem und Rötung auftritt und meistens vergesellschaftet ist mit Zahnfleischschwellung und Speichelfluß. In diesen Fällen konnte Quecksilber im Urin nachgewiesen werden. Sodann eine besondere Art der Verbrennung bei Pulverexplosionen, wobei es zu einer eigentümlich schwarzen Färbung der Ränder

der verbrannten Zonen kommt und außerdem zu den bekannten Einsprengungen durch Pulverkörner kommt. Schließlich habe ich das Zustandekommen von Bromakne bei den Arbeitern, die mit der Bereitung der Stinkgasbomben beschäftigt sind, erörtert.

3. Einen 25jährigen Schlosser mit ausgedehnter tiefer Trichophytie der ganzen Bartgegend und einzelnen frischen, erbsengroßen, tiefen Trichophytieherden an unbehaarten Stellen, wie über Stirn und Wangen.

Nobl demonstriert 1. einen Fall von umschriebener Argyrie des Kopfes und der Mundschleimhaut. Die typische grau-blaue Verfärbung im Bereiche der Gesichtshaut, die breitfleckige und streifige schwarzblaue Pigmentation des bukkalen Schleimhautbezuges treten bei einem 45jährigen Eisenbahnbediensteten in die Erscheinung, der, von Syphilisfurcht getrieben, seit 3/4 Jahren sich des Lapisstiftes bediente. Stärker entwickelte, weißlich durchschimmernde Schleimdrüsen wurden seitens beratender Kollegen als syphilitische Erscheinungen gedeutet und als wirksames Mittel Höllensteinätzungen empfohlen. In der Folge wurden diese gehäuft vorgenommen, da sie begreiflicherweise die Erscheinungen nicht zum Schwinden brachten.

2. Eine 40jährige Frau mit Lupus erythematosus der Schleimhaut und ausgebreiteten Herden am Hinterhaupt. Die kennzeichnenden Erscheinungen des Abbaues im Bereiche des elastischen Stützgerüstes und im Gebiete der Kollagenschicht, welche im klinischen Bilde des Prozesses so deutlich zutage treten, sind in abgeschwächten Übergängen an der Lippen- sowie angrenzenden Mundschleimhaut der Patientin immer noch klar zu verfolgen. Den Unterlippensaum umgreift ein von festhaftenden Schuppen bedeckter, stellenweise bereits kenntlich atrophischer Herd, der auf der Höhe des Lippenrotes und in weiterer Umgebung der Schleimhaut, das Aussehen eines leicht eingesunkenen, bläulich-weißen, trüb durchscheinenden, scharf gegen die Umgebung abgesetzten Plaques annimmt. Die behaarte Kopfhaut ersetzen an faustgroßen und kleineren Stellen von erweiterten Gefäßen durchzogene Narbenplatten. Überdies bestehen zerstreute zugehörige Herde in Einzeleinsprengung an Stirne, Nase und Wangen.

3. Eine 50jährige Arbeiterin mit dem Kombinationsbild diffuser idiopathischer Hautatrophie und sogenannter sklerodermatischer Veränderungen. Die in selten umfangreicher Ausbreitung an den Beinen, den Armen, der Hüfte, an der Rücken- und



Schultergegend lokalisierten Erscheinungen der blauroten Verfärbung, des Kollagen- und Epithelschwundes, gehen mit strangförmig verdichteten Einlagerungen in der Kutistiefe und Hautveränderungen Hand in Hand. Namentlich an der Streckfläche der Oberschenkel wechseln mit extrem atrophischen, zerknitterten, weichen und verschieblichen Hautstrecken unscharf begrenzte, gelblich-weiß schimmernde, straff gespannte, starre, von dichten Pigmentflecken durchsetzte Herde verschiedenen Umfanges ab. An der Streckseite des linken Oberarmes sieht man von dem am oberen Drittel ziemlich scharf absetzenden, tief violettroten, atrophischen Gebiet auf die Schulterhöhe und von hier weiter auf den Rücken, ein hellrot gefärbtes, etwa 6 *cm* breites Band übergreifen, dem in der Tiefe ein mit der Haut innig verlötetes, teigig derbes, auf Druck unnachgiebiges, unempfindliches Infiltrat entspricht. Der Fall zeigt neuerdings, daß es nicht angängig ist, klinische Symptome als einleitende Vorgänge von Gewebsstörungen anzusehen. Es kann darüber kein Zweifel bestehen, daß die Noxen, welche das heute noch rätselhafte Bild der sog. idiopathischen Hautatrophie auslösen, stets primär ihre Angriffspunkte in den elastischen Netzen der Lederhaut und im Bindegewebe besitzen. Es wären demnach die Erscheinungen des Schwundes und der Wucherung als koordinierte und sicherlich vielfach auch gleichzeitige Reaktionserscheinungen aufzufassen, die erst sekundär das augenfällige Symptom der erythematösen Entzündung und Oberhautveränderung im Gefolge haben. Dadurch verliert auch das Phänomen des Wechsels von Rarefizierung und Verdichtung die ihm vielfach zugebilligte Bedeutung. Die im vorgestellten Falle sinnfälligen Zusammenhänge sind in einer besonders gut gelungenen Aquarellwiedergabe aus Ehrmanns Sammlung festgehalten, die im Bilderwerk mit der Bezeichnung „Akrodermatitis atrophicans cum induratione" versehen ist. Zu erwähnen wären im vorgestellten Falle noch peri- und supramalleolare Ulzera innerhalb sklerosierter Hautanteile. Ähnliche Defekte sind N. im Symptomenkomplex der Akrodermatitis atrophicans wiederholt untergekommen. Die Defekte in Zusammenhalt mit den ektatischen durchscheinenden Venen werden gewöhnlich als variköse Geschwüre gedeutet, obwohl sie selbstverständlich mit Stauungsvorgängen nichts zu tun haben.

Ehrmann. Die von Nobl vorgestellte Patientin habe ich schon seit fast 9 Jahren in Beobachtung und habe alle Stadien bei ihr verfolgen können: von der subakuten Entzündung, die von roten Streifen durch-



zogen war, bis zur zigarettenpapierdünnen Atrophie. Aus den Streifen entwickelten sich die heute noch deutlich vorhandenen, aber schon wesentlich zurückgegangenen harten Stränge, die unter der Haut wie Bindfaden sich durchfühlen und in die größeren übergehen.

4. Das Zustandsbild einer Dermatitis exfoliativa universeller Ausbreitung. Der 52jährige, greisenhaft aussehende Patient gibt an, erst seit 1½ Jahren von der Erkrankung befallen zu sein, sie setzte in Form zerstreuter, zunächst am Nacken auftretender, feinschilfernder Flecke ein. Später traten ähnlich beschaffene, größere Herde dispers am Rücken und Armen auf. Diese präzisen Angaben macht ein Sohn (Postbeamter), es besteht kein Grund, die Richtigkeit derselben anzuzweifeln. Seit einem Jahr ist es ohne Aussparung normal gebliebener Stellen zur zusammenfließenden Aussaat im Bereiche der allgemeinen Decke gekommen. Die mäßig ödematöse, lebhaft rote. fein lamellös abschilfernde Haut ist tief gefeldert, spröd, unelastisch, in teigig konsistenten, stehenbleibenden Falten abhebbar. Es besteht völliger Schwund der Haare aller Standorte. Nägel mißfärbig, brüchig. hyperkeratotisch. Die Leistendrüsen zu vorspringenden, faustgroßen, derben Paketen vergrößert. Kubitalknoten verdickt. Der Kranke steht erst seit wenigen Stunden in Beobachtung, so daß die Blutformel und das Gewebsverhalten noch nicht festgestellt werden konnten. Psoriasis ist mit großer Wahrscheinlichkeit auszuschließen, desgleichen Ekzem, Lichen ruber und medikamentöse Toxikodermie. Naheliegend ist es, an das I. Stadium von Mycosis fungoides zu denken.

Kyrle. Wir hatten erst unlängst Gelegenheit, einen ganz analogen Fall an der Klinik zu beobachten und hiebei auch den autoptischen Befund zu erheben. Von letzterem ist als bemerkenswert zu erwähnen, daß die Hypophyse deutlich atrophisch war. Der übrige Organbefund war makroskopisch wenigstens für das Hautleiden belanglos. Vielleicht liegt gerade in diesen Veränderungen des Hirnanhanges etwas für die Erkrankung wesentliches, vielleicht weist der Befund darauf hin. daß wir es hier mit einer sekretorischen Störung zu tun haben. Aus der klinischen Symptomatologie solcher Fälle würde ja manches mit einer solchen Annahme gut übereinstimmen, ich meine insbesondere jenes Charakteristikum, das wir immer wieder antreffen und das die Fälle einander ebenso absolut gleich gestaltet: das Defluvium der Haare. Der Kopf ist bei solchen Patienten doch meist völlig kahl, Haare in den Axillen und am Mons pubis sind ausgefallen. Um in der Erkenntnis dieses Krankheitsbildes weiter zu kommen, wären nach der Richtung Untersuchungen anzustellen. Wie man das Krankheitsbild benennt, ist eigentlich ziemlich gleichgültig, klinisch ist es völlig gut charakterisiert; ob man es als desquamative Erythrodermie oder als Pityriasis rubra bezeichnet, ist bedeutungslos, da ja unsere Kenntnis dadurch nach keiner Richtung eine Förderung erfährt.

Sachs, O. Einen analogen Fall habe ich auf der Klinik Finger beobachtet und publiziert. Er gehört zur Gruppe der generalisierten



exfoliativen Erythrodermien, ist aber keineswegs als Pityriasis rubra Hebrae zu bezeichnen oder als Mycosis fungoides aufzufassen.

Ehrmann. Es gibt wohl nur ganz wenige exfoliative Erythrodermien, bei denen die Lymphdrüsen nicht angeschwollen wären. Die Geschwulst ist zuweilen ziemlich beträchtlich. Ich habe wiederholt darauf hingewiesen, daß es oft genügt, die Drüsen allein zu bestrahlen, um schon ein beträchtliches Zurückbilden der Dermatose zu erzielen.

Nobl. Ich habe mich absichtlich der nichts präjudizierenden allgemeinen Bezeichnung Dermatitis exfoliativa bedient; denn zu dieser allein berechtigt das klinische Bild mit dem allerdings ganz eigenartigen, wenig bekannten Symptom eines universellen Haarschwundes. Herrn Kyrle bin ich für den Hinweis zu besonderem Dank verpflichtet und es wäre für mich von Wert, zu wissen, ob der zur Obduktion gelangte Patient röntgenologische Anhaltspunkte einer Hypophysenerkrankung bot. Herrn Sachs möchte ich erwidern, daß in diesem Falle kaum Erscheinungen vorliegen, welche an das Bild der generalisierten Hauttuberkulose im Sinne der Pityriasis rubra erinnern. Nach Literaturangaben sind dies rasch ablaufende, früh zur Konsumption führende Prozesse, die unter beträchtlichem Fieber zu letalem Ausgang führen. Die histologische Untersuchung wird ja noch zu erbringen haben, ob die Hauteinlagerung Tuberkelcharakter aufweist, leukämischer Natur ist oder den mykosiden Veränderungen zuzurechnen sind.

5. Einen 82jährigen Mann mit knollenförmig gewuchertem Epitheliom der rechten Wange. Ein ganseigroßer, vielfach zerklüfteter und segmentierter Tumor äußerst derber Konsistenz überragt die rechte Nasolabialgegend in halbkugeliger Vorwölbung. Zerfallene Parzellen könnten differentialdiagnostisch von Belang sein; es kämen Syphilome in engere Unterscheidung.

Alex. Cemach a. G. berichtet über 5 Fälle von Psoriasis, die, unter Vermeidung jeder anderen Therapie, durch Injektionen von Tuberkulomuzin (Weleminsky) geheilt wurden. 4 Soldaten. Pfleglinge der Tuberkuloseabteilung eines Wiener Reservespitals, und ein 20jähr. Mädchen. Alle lungenkrank, durchwegs Spitzenkatarrh, im 1.—2. Turbanschen Stadium. Die Injektionen wurden subkutan gegeben, in wöchentlichen Intervallen. Ausgangsdosis 0·005. Nachdem bei Fall 1 eine günstige Einwirkung auf die Psoriasis zufällig konstatiert wurde, wurden die übrigen Fälle systematisch mit Tuberkulomuzin behandelt. Bei 3 Fällen trat deutliche Herdreaktion auf in Form eines hellroten Saumes um die Effloreszenzen unter Zunahme des Juckreizes. In 3 Fällen erfolgte prompte Heilung (Abblassen, dann Verschwinden des Exanthems) nach 1—5 Injektionen; in 2 Fällen trat die Heilung langsam ein (15 bis 18 Injektionen) unter allmählichem Abblassen der Herde vom Zentrum her (Demonstration). Die Diagnose „Psoriasis" wurde in jedem Falle von der Klinik Riehl bestätigt. Bei allen Kranken bestand das Leiden durch mehrere Jahre, bisherige fachmännische Behandlung blieb

erfolglos. Weitere 2 Fälle (eine frische und eine inveterierte Psoriasis) reagierten nicht auf das Präparat und blieben trotz längerer Behandlung unbeeinflußt. Einer privaten Mitteilung des Doz. Weleminsky (derzeit im Felde) verdankt Vortr. die Angaben über noch 2 durch einige Injektionen von Tbm. geheilte Psoriatiker. Vortr. hält sein Material für zu klein, um daraus allgemein gültige Schlüsse zu ziehen. Er führt den Erfolg auf die das Tbm. gegenüber den Tuberkulinen auszeichnende hohe antitoxische Allgemeinwirkung zurück. Von einer Beeinflussung der Psoriasis durch Fieber könne keine Rede sein, da nur bei 2 von den geheilten Fällen leichte Allgemeinreaktion (Temperatursteigerung bis 37·4°) aufgetreten war, während gerade einer der ungeheilten Fälle mit hohem Fieber auf die Injektionen reagierte. Vortr. ist der Ansicht, daß auf Grund seiner Beobachtungen ein Zusammenhang zwischen Psoriasis und Tuberkulose sich nicht ganz von der Hand weisen läßt und daß die seinerzeit erfolgte Ablehnung dieses Standpunktes einer Revision unterzogen werden sollte.

Nobl. Dem Herrn Vortragenden mußte es als dem Spezialfache fernerstehenden Arzt natürlich entgangen sein, daß die tuberkulöse Ätiologie der Psoriasis schon vor vielen Jahren ventiliert, wiederholt verfochten, ebenso häufig aber auch als jeder Grundlage entbehrend, zurückgewiesen wurde. In jüngerer Zeit waren es hauptsächlich die mit Gelenkserkrankungen einhergehenden Formen, die den tuberkulösen Ursprung der Schuppenflechte vermuten ließen. Der von Poncet eingeführte Begriff unspezifischer tuberkulöser Gelenksentzündung verleitete namentlich seine Landsleute Balzer, Audry, Petges und Desquayraux u. a. das mit Rheumatismus einhergehende schuppende Hautbild für tuberkulos anzusprechen. Die angezogene These Menzers kann meines Erachtens nicht ernst genommen werden, denn aus der Klinik Zielers, dieses erstklassigen Tuberkulosekenners, stammende Untersuchungen erbrachten den exakten Beweis, daß Psoriatiker diagnostisch und therapeutisch auf Tuberkulin negativ reagieren und ihre Effloreszenzen im Tierversuch keine Tuberkulose hervorrufen. Über den ätiologischen Wert des Nachweises säurefester Stäbchen in Schuppenauflagerungen ist man längst zur Tagesordnung übergegangen. Immerhin haben die Erfolge des Herrn N. suggestive Bedeutung. Es wird sich zu erweisen haben, ob das von ihm benützte Tuberkulomuzin bei gehäufter Anwendung, auch bei nicht tuberkulösen Individuen, gleiche Heileffekte erzielt. Auf keinen Fall ist es berechtigt, spezifische Antigen-Antikörperwirkung anzunehmen, da Psoriasis nicht Tuberkulose ist. Auch dürfte es wahrscheinlich nicht die pyrogene Komponente sein, die die Wirkung äußert, denn meines Wissens wird gerade diesem Präparat die gute Eigenschaft zugebilligt, keine abnorm hohen febrilen Reaktionen auszulösen.

Oppenheim. Man könnte sich die supponierte Wirkung des Tuberkulomuzin auf die Psoriasis vulgaris-Effloreszenzen vielleicht auch damit erklären, daß bei den Tuberkulösen Tuberkelbazillen und deren Splitter nach einigen Autoren im Blute kreisen sollen und daß diese in der psoriatischen Effloreszenz, bei der ja Ödem, Erweiterung der Papillargefäße und Rundzelleninfiltrationen vorkommen, infolgedessen in vermehrter Anzahl deponiert sind und als Antigene auf das Tuberkulomuzin

spezifisch wirken, wodurch es zu gesteigerter Hyperämie in der Psoriasis-effloreszenz kommt. Damit könnte man das Schwinden der Effloreszenz bei Tuberkulösen erklären.

Müller. Daß es sich bei Psoriasis nicht um Tuberkulide handelt, geht wohl auch schon daraus deutlich hervor, daß in den angeführten Fällen die Heilwirkung so rasch eintrat. Wir sind nicht gewöhnt, bei Tuberkuliden, selbst dort, wo gute Wirkung von Tuberkulin beobachtet wird, einen so raschen Effekt zu sehen. Ich halte es für sicher, daß in den vorgestellten Fällen eine unspezifische Proteinkörperreaktion vorliegt. Nach meinen in der letzten Zeit publizierten Arbeiten über die Wirkung parenteral eingeführter Proteinsubstanzen auf lokalisierte Entzündungsprozesse, besonders auch auf gonorrhoische Komplikationen, Bubonen, Anginen, staphylogene Prozesse etc. glaube ich auch hier annehmen zu dürfen, daß durch das Tuberkulin eine unspezifische Beeinflussung der einzelnen Herde hervorgerufen wird. Daß die behandelten Fälle alle Phthisiker waren, dürfte die Wirkung noch verständlicher machen, da ich, wie schon in meinen Arbeiten angeführt, Bakterienproteine gerade dann für besonders wirkungsvoll halte, wenn im Körper vorhandene Antikörper zu deren raschen Abbau führen. Es entstehen nach meiner Ansicht auf diesem spezifischen Wege unspezifische Eiweißabbauprodukte, die als solche — wie ich annehme, in erster Linie durch vermehrte Hyperämie, aber auch sicherlich noch durch eine Menge anderer zellulärer und serologischer Änderungen sowie auch durch Temperaturanstieg etc. — im Sinne der Heilung wirken.

Ehrmann bemerkt, daß die lokale Reaktion wohl auf die Proteinwirkung bezogen werden kann, um so mehr, als ja diese solche Stellen bevorzugt, wo bereits die Hyperämie und Gefäßveränderung vorhanden war. Bekanntlich ist die Psoriasis eine erbliche Erkrankung. Ehrmann kennt eine adelige Familie, wo sie nachweislich seit Jahrhunderten sich findet und noch Hebra wies darauf hin, daß es häufig gerade kräftige und wohlgenährte Individuen sind, welche an der Psoriasis erkranken, daß die Psoriasis schwindet, wenn sie irgend eine depaszierende Krankheit durchmachen, um dann wieder zu erscheinen. Es wäre notwendig, neben solchen Individuen, welche deutliche Zeichen von Tuberkulose zeigen, auch eine Reihe solcher mit Tuberkulomuzin zu behandeln, bei denen die Tuberkulose nicht nachweisbar ist.

Scherber demonstriert ein 20jähriges Mädchen mit den Erscheinungen des Syringozystadenoms. Es besteht eine reichliche Aussaat der ungefähr linsengroßen, teils rundlichen, teils ovalen, zart rosarot oder rotgelblich gefärbten Tumoren, die, in die Haut eingelagert, mit dieser verschieblich sind. Der übrige Körper ist frei. Über die Zeit des Auftretens der Affektion kann Patientin keine Angaben machen. Der histologische Befund ist ein typischer.

Oppenheim demonstriert 1. einen Fall von Lichen ruber acuminatus, resp. Pityriasis rubra pilaris bei einer 39jährigen Patientin aus dem k. k. Wilhelminenspital.

Anamnese: Die Erkrankung der Patientin begann während der Säuglingszeit am Gesäß rechts und links in Form kronengroßer roter Flecke. Das Auftreten derselben Erscheinung auf dem Gesicht, den Ellenbogen und Knien veranlaßte die Abgabe des Kindes an ein Preßburger Spital, woselbst die Krankheitserscheinung zum Schwinden gebracht wurde. Das Kind blieb dann ein Jahr gesund. Das neuerliche verstärkte



Auftreten der Krankheitserscheinung und ein vergeblicher Behandlungsversuch in Preßburg veranlaßte die Eltern, das damals 6 Jahre alte Kind zu Kaposi zu bringen. Kaposi diagnostizierte Psoriasis vulgaris und behandelte durch 1½ Jahre vergeblich mit allen damals zur Verfügung stehenden Mitteln. Die Krankheitserscheinung breitete sich langsam aus. Im Alter von 18 Jahren erzielte Patientin in Budapest durch reichliches Einnehmen von Jodkali eine kurze Besserung. Eine Lungenentzündung, die mit hohem Fieber einherging, brachte die ganze Hauterkrankung zu völligem Verschwinden. Dasselbe Resultat erzielte die Kranke durch eine mehrwöchentliche Hungerkur in Nieder-Lindewiese, jedoch wieder nur auf kurze Zeit. Im Alter von 28 Jahren kam Patientin zu Prof. Róna nach Budapest. Dieser diagnostizierte Pityriasis pilaris rubra Devergie und behandelte sie monatelang ohne jeden Erfolg mit Salben, gab überdies 100 Injektionen mit Atoxyl, ferner Kakodyl- und Arsen-Injektionen. Die Besserung nach Arsen war deutlich, doch nur vorübergehend. Eine Influenzaerkrankung mit 40° Fieber brachte wiederum auf kurze Zeit alle Erscheinungen zum Schwinden. Patientin ging dann nach Berlin zu Lassar, der Psoriasis konstatierte. Seine Behandlung führte zu wesentlicher Verschlimmerung. Patientin wanderte sodann zu Prof. Unna nach Hamburg, von da wieder nach Berlin zu Prof. Lesser. Wurde wieder mit Jod und Arsen behandelt, erhielt auch Röntgen, Uviol und Quarz, alles ohne Erfolg. Zuletzt kam sie zu Prof. Weidenfeld nach Wien, der den Fall ebenfalls als Psoriasis vulgaris auffaßte und ihr Uviollicht nebst anderen Behandlungen verabreichte.

Die Patientin zeigt folgendes Krankheitsbild: An der vorderen Bauchwand, über das Sternum hinaufreichend, findet man zahlreiche gelbbraune, hirsekorngroße, zugespitzte Knötchen auf normaler blasser Haut aufsitzend, die an ihrer Spitze ein starres Hornkegelchen tragen. Analoge Knötchen findet man in der Rückenfurche, unterhalb der Skapularlinie beginnend. Bei Berührung machen sie den Eindruck des Reibeisens. Diese Knötchen gruppieren sich an zahlreichen Stellen, namentlich in der Nähe der Brust und konfluieren an manchen Stellen zu linsen- bis hellergroßen, braungelben oder roten Plaques, die die Struktur aus diesen Knötchen nicht nur an der Peripherie, sondern auch in toto erkennen lassen.

Im Vordergrunde des Krankheitsbildes stehen jedoch lebhaft rote, scharf begrenzte, nur wenig über das Niveau der Haut erhabene, kronen- bis fünfkronenstückgroße, zum Teil konfluierte, zum Teil isoliert stehende Plaques, von einer eigentümlich glänzenden, wie lackartig aussehenden oder Wachsglanz zeigenden Oberfläche und zumeist eckigem oder unregelmäßigem Kontur. Solche Plaques finden sich auf der Haut der Brustdrüsen und unterhalb der Klavikeln, an den Oberarmen, an den Nates, an den Oberschenkeln, zum Teil sind sie so konfluiert, daß sie größere Hautpartien an diffuser Haut bedecken, wie an den Oberarmen. Nicht überall sieht man an der Peripherie dieser Plaques die kleinen hirsekorngroßen Knötchen. In der Schulter-

höhe, bis zur Mamma herunterreichend, sieht man die einzelnen Knötchen und Plaques in Reihen und Streifen angeordnet. Die Streck- und Beugeseiten der Extremitäten sind in gleicher Weise befallen, Handrücken und Gesicht machen aus der Ferne den Eindruck der Hautatrophie, indem die Haut dabei ein eigentümlich zerknittertes Aussehen besitzt. Bei näherem Zusehen jedoch sieht man, daß die Zeichen der Atrophie fehlen und diese Stellen leicht geschwollen, mehr gelbrot sind und ebenfalls jenen ölartigen Glanz zeigen wie die eingangs beschriebenen Plaques. Die Nägel, die Flachhände, die Fußsohlen sowie der behaarte Kopf und die Mundschleimhaut sind nicht affiziert.

Die Differentialdiagnose ist natürlich hier zu stellen, wie auch aus der Anamnese hervorgeht, zwischen Psoriasis vulgaris und Lichen ruber acuminatus. Für Psoriasis vulgaris würde auch unter anderem das Befallensein der Streckflächen, des Knies und Ellbogengelenkes mit jenen roten Plaques sprechen. Das Vorhandensein der kleinen, hirsekorngroßen, derben Knötchen, sowie der einwandfreie Nachweis, daß die diffusen Plaques durch die Konfluenz dieser kleinen Knötchen entstehen, ferner das heftige Jucken und die Unbeeinflußbarkeit durch jegliche Therapie, sowohl örtlich als auch durch Allgemeinbehandlung, lassen mich nicht an der Diagnose Lichen ruber acuminatus zweifeln.

Auf die Frage der Differenz zwischen Lichen ruber acuminatus und Pityriasis rubra pilaris will ich hier nicht näher eingehen; sie ist ja längst zu Gunsten der Identität beider Krankheiten entschieden.

Sachs. Das Atypische dieses Falles besteht darin, daß sich außer den zu Gruppen angeordneten, wachsartig glänzenden Effloreszenzen am Thorax und Rücken lamellöse, psoriasisartige Herde in der Schultergegend und an den Streckflächen der Extremitäten vorfinden. Letztere für sich allein besehen, machen den Eindruck einer Psoriasis vulgaris. Nach einer in der Breslauer Klinik befindlichen Moulage sind die für Pityriasis rubra pilaris (Devergie) charakteristischen Effloreszenzen mehr hornkegelartig und von einem roten Hof umgeben, stellen also eine outrierte Keratosis follicularis dar, während in diesem Falle die Knötchen in ihrem Aussehen sich doch mehr, wenn auch nicht ganz dem Lichen ruber planus bzw. acuminatus nähern.

Oppenheim. Wie ich sehe, sind die Herren so ziemlich einig in der Diagnose Lichen ruber acuminatus atypicus. Wenn überhaupt differentialdiagnostisch noch etwas in Betracht kommt, so wäre es nur die Möglichkeit einer Kombination mit Psoriasis vulgaris. Doch auch das können wir von der Hand weisen, weil wir ja einwandfrei die Entstehung der einzelnen Plaques aus den kleinen Lichenknötchen feststellen können.

2. Eine Köchin mit einer Nagelaffektion, die der von Chaussende als mal des confiseurs oder mal des marroniers beschriebenen gleicht.



Wir finden die Nägel des ersten, zweiten und dritten Fingers der rechten Hand und des dritten Fingers der linken Hand in folgender Weise verändert: Der Nagelwall und die Haut in der Umgebung ist dunkel gerötet und geschwollen, auf Druck schmerzhaft, der Rand des Nagelwalles ist unregelmäßig zackig, die Nägel selbst brüchig, streifig und glanzlos, deformiert und an ihrer Wurzel ausgehoben und in Abstoßung begriffen. Der Druck auf die Finger ist sehr schmerzhaft und läßt hie und da gelbes Sekret austreten. Die Affektion ist eine Paronychie und Onychia suppurativa und kam durch den heißen Zucker, mit dem die Köchin beim Einkochen des Obstes zu tun hatte, zu stande.

Wir finden dieselbe Affektion bei den Konditoren, Schokoladearbeitern etc. Sie ist bei fortgesetzter Arbeit nur sehr schwer heilbar und sehr schmerzhaft. Zur Behandlung ist es notwendig, die Arbeit auszusetzen, antiphlogistisch und mit Salizylseifenpflaster vorzugehen.

3. Einen Fall von gummöser Syphilis bei einem Soldaten, bei dem sich merkwürdigerweise die Gummen und die Narben nach diesen nur auf der linken Rückenhälfte befinden. Die Infektion erfolgte im Jahre 1906. Patient wurde vielfach mit Quecksilber behandelt. Wir finden von der linken Nackengegend ausgehend, über die Supraskapulargegend herunterziehend, eine Reihe von halbkreisformig begrenzten, bis fünfkronenstückgroßen, zum Teile kleeblattförmigen, flachen und exulzerierten, scharf kreisförmig begrenzten Hautgummen, zum Teile in Vernarbung begriffen. Handbreit unter dieser Eruption findet man einen agreggierten Zug von kreisrunden, deprimierten, peripher pigmentierten Narben, die sehr einer Herpes zoster-Narbe gleichen, indem sie von der Mitte des Rückens bis zur seitlichen Thoraxwand genau dem Verlaufe eines Zwischenrippenraumes folgen. Vorne, isoliert von dieser Narbe, sieht man eine fünfkronenstückgroße, analog zusammengesetzte Narbe, links vom Sternum bis an den Sternalrand reichend in der Fortsetzung der rückwärtigen Narbe, entsprechend der Rippe gelegen. Außerdem findet sich eine, das obere linke Augenlid zum Teile konsumierende Narbe.

Diese einseitige, den Nerven folgende Lokalisation von Hautgummen und deren Narben schien mir der Demonstration wert.

4. Einen Soldaten mit einem Lupus erythematosus an der Nase, an den Wangen, an den Ohren, zum Teile mit eigentümlich verruköser Bildung, der dadurch interessant ist, daß er einerseits einen disseminierten Lupus erythema-



todes am Rücken zwischen beiden Schulterblättern aufweist, andererseits eigentümliche Blaseneruptionen an den Fingern und an einzelnen Stellen der Flachhand; dazwischen kleine Lupus erythematosus-Herde.

Die Blaseneruptionen erweckten den Eindruck eines Erythema multiforme, zumal sie hauptsächlich an den Streckseiten der Finger und den Handrücken lokalisiert waren.

Grosz demonstriert aus seiner Abteilung im Garnisonsspitale Nr. 1 einen 26jährigen Soldaten mit Boeckschem Miliarlupoid. Lokalisation an der Haut des Gesichtes, besonders bemerkenswert die typische Stelle am häutigen Septum, von hier übergreifend auf die Nasenschleimhaut. Größere Knoten finden sich an der Haut der Brust, vereinzelt an den oberen Extremitäten, hier bemerkenswerter Weise sehr druckschmerzhaft. Es handelt sich um eine Kombinationsform der kleinknotigen und großknotigen Form, die unter Arseninjektionen bereits deutliche Rückbildung zeigt. Die der Betastung zugänglichen Lymphdrüsen multipel und indolent geschwellt, außerordentlich derb. Milz nicht tastbar, Blutbefund annähernd normal. Histologischer Befund: Kreisrunde, in der Kutis liegende Knötchen, aus Epitheloidzellen und Zellen von bindegewebigem Typus bestehend. Riesenzellen.

Kerl demonstriert aus der Klinik Riehl:

1. Einen 7jährigen Knaben mit Dermatitis herpetiformis Duhring. Der Knabe wurde vor 4 Wochen aufgenommen und zeigte damals, disseminiert an Stamm und Extremitäten angeordnet, erbsen- bis haselnußgroße Blasen. Über den Schultern, bis in die Achselhöhle sich erstreckend, fand sich ein urtikarielles Erythem, das in den zentralen Partien stellenweise bereits rückgebildet, an den Rändern aber mitunter einen Kranz von unter erbsengroßen Bläschen aufwies. Während der Spitalsbehandlung konnten wir wiederholt Eruptionen, einerseits von Erythemen, anderseits von vorwiegend blasigen Effloreszenzen beobachten. Die letzte Eruption bestand fast nur aus Blasen, die auf fast normaler Haut aufschossen. Bemerkenswert ist, daß bei der letzten Eruption auch die Mundschleimhaut mitbeteiligt erscheint. Es findet sich derzeit an der Schleimhaut der Unterlippe als Residium einer Blase ein zirkumskripter kreisrunder Epithelverlust.

2. Einen 29jährigen Soldaten, der am 30. April 1916, durch einen Rückensteckschuß verwundet und am 25. Mai röntgenisiert wurde. Nach 14 Tagen trat an den bestrahlten Stellen ein „Bläschenausschlag“ auf, und nunmehr findet





sich in der Mitte des Rückens ein über 3 handtellergroßes Geschwür, dessen mittlere Partien von grünlich gefärbten, nekrotischen Gewebsmassen bedeckt sind, die auf der Unterlage sehr fest anhaften. An den Rändern sind die Schorfe bereits abgestoßen. Die das Geschwür umgebende Haut zeigt die charakteristische Veränderung der Röntgendermatitis, Pigmentierung, Depigmentierung und Gefäßektasien. Wegen der Schmerzhaftigkeit der Affektion ist der Patient im Wasserbett untergebracht.

3. Einen Lupus erythematodes discoides, der einen ca. 20 Hellerstück großen Herd auf der Unterlippe aufweist.

4. Einen 63jährigen Patienten mit einer Affektion der Schleimhaut am harten Gaumen. Die Affektion besteht seit einem Jahr. Man sieht einen längsovalen, unregelmäßig begrenzten Herd, dessen Basis an den mittleren Partien uneben höckrig, zum Teil in Zerfall begriffen ist. Die Ränder sind eleviert, lebhaftere entzündliche Erscheinungen in der Umgebung fehlen. Patient negiert eine venerische Affektion, ist verheiratet und hat angeblich gesunde Kinder. Wassermann-Reaktion positiv. Die Probe-Exzision aus den Randpartien der Affektion ergab, daß es sich um ein verhornendes Epitheliom handelt. Die wegen des positiven Ausfall der Wassermann-Reaktion eingeleitete antiluetische Kur beeinflußte die Affektion nicht.

5. Einen 35jährigen Mann mit Sklerodermie. Sein Leiden begann vor einem Jahr mit Parästhesien in den Fingern. Es folgte Schwellung an den distalen Abschnitten der Hände, die sich allmählich wieder rückbildete und zur teilweisen Verhärtung führte. Patient machte wiederholt Attacken von Gelenksentzündung mit starken Schmerzen durch. Nunmehr sieht man im Gesicht die Haut gespannt auf der Unterlage aufliegend, nur in geringem Grade abhebbar. Die Nasolabialfalte ist verstrichen, in der gespannten Haut sind fleckförmige Pigmentierungen. Auch an den Händen liegt die Haut straff der Unterlage an, die Veränderungen nehmen gegen die Oberarme zu allmählich ab. Die Finger sind zyanotisch gefärbt. An den Füßen ebenfalls geringe Zyanose und starke Spannung der Haut.

Kren weist auf die große Seltenheit der Sklerodaktylie beim männlichen Geschlechte hin. Kren weiß sich aus seiner 12jährigen klinischen Arbeitszeit und auch später auf keine männliche Sklerodaktylie zu erinnern. Auch die 9 Sektionen der letzten 2 Jahre in der Prosektur des K. Jubil.-Spitales, wo auch alle Fälle des Versorgungsheimes obduziert werden, betreffen, wie Prof. Maresch mitgeteilt hat, durchwegs Frauen.

6. Endlich einen 66jährigen Galizianer mit einem Sarcoma idiopathicum haemorrhagicum Kaposi.



Die ersten Anzeichen des Leidens traten vor 12—13 Jahren auf. Derzeit sind an beiden unteren Extremitäten starke polsterartige Schwellungen des Fußrückens, geringgradige Schwellungen des Unterschenkels bemerkbar. Es finden sich beiderseits ausgebreitete, landkartenartige Herde, die im Zentrum starke Pigmentierung, am Rande zahlreiche ca. linsengroße, bläulich rote, flach prominente Knötchen zeigen. Ähnliche Veränderungen geringeren Grades finden sich an der Außenseite der rechten Hand. Eine Gruppe von etwas lebhafter roten, unter linsengroßen flach prominenten, nicht schmerzenden Knötchen besteht an der Außenseite des rechten Oberarmes. Am Skrotum finden sich zahlreiche stecknadelkopf- bis fast erbsengroße, stark prominente Angiome.

Kerl berichtet über einen von Kollegen Schramek am 18./V. 16 vorgestellten Fall, der eine 22jährige Patientin mit Blutungen an Wange und Ohr betraf. Es bestanden damals auch heftige Blutungen aus der Nase und aus dem Zahnfleisch. Am Herzen waren nur anämische Geräusche nachweisbar. Die Diagnose schwankte zwischen schwerer Purpura aus unbekannter Ursache und akutem Lupus erythematodes. Die Patientin kam von unserer Klinik auf die geburtshilfliche Klinik, wo sie einen Abortus durchmachte. Von dort wurde Patientin auf eine interne Station gebracht, wo sie ad exitum kam. Bei der Sektion (Dozent Wiesner) ergab sich der interessante Herzbefund einer isolierten Erkrankung der Vorhofwand und des Vorhofseptums im Sinne einer Myokarditis und Myomalakie deren zeitliches Auftreten sicher vor den Abortus anzusetzen ist. Die Ursache dürfte in einem kryptogenen septischen Prozeß zu suchen sein.

Kyrle demonstriert aus der Klinik Finger:

1. Einen 23jährigen Patienten mit sehr ausgedehntem Lupus vulgaris, hauptsächlich maculosus der Brust-, Bauch-, Rückenhaut und des linken Armes.

2. Eine 34jährige Patientin mit einem einzigen großen kreisförmigen Herd von Psoriasis vulgaris an der rechten Halshälfte auf das Kinn übergreifend. Das Lippenrot war mit in den Herd einbezogen, die Schleimhaut machte an dieser Stelle den Eindruck des leicht atrophischen.

3. Einen 45jährigen Patienten mit luetischem Primäraffekt am linken Nasenflügel. Wassermann-Reaktion positiv.

Ehrmann stellt vor:

1. Einen typischen Lichen ruber acuminatus.

2. Einen Fall Lichen ruber acuminatus, bei

dem das Bild schon verwaschen ist, nachdem die follikulären Effloreszenzen in diffus schuppende Hautflächen übergegangen sind mit chronischer Erythrodermie.

Kren. Die beiden Fälle Oppenheims und Ehrmanns entsprechen durchaus dem Bilde des klassischen Lichen ruber acuminatus. Man sieht hier die typische, oft in Streifen angeordnete, blaßgelblichrote, derbe Knötcheneffloreszenz mit ihrer rauhen Oberfläche. Auch die diffus erkrankten Partien mit ihrem lachsfarbenen Kolorit und ihrer Lichenifikation bestätigen voll und ganz die Diagnose. Anders beim 2. Falle Ehrmann. Hier eine fast universelle Rötung, fehlende Verdickung, stellenweise sogar Atrophie u. zw. in einer ganz eigenartigen Anordnung, z. T. netzförmig. Zwischendurch und besonders an den Extremitäten dicht gestellte punktförmige Gefäßektasierungen — nicht etwa Blutungen — und endlich nirgends eine klassische Einzeleffloreszenz, sondern am Rande der diffusen düsteren Rötung, z. B. an der Stirne, ein allmähliches Abklingen gegen das Gesunde ohne scharfe Abgrenzung, keine Schuppung — das alles sind Erscheinungen, wie sie niemals einem Lichen ruber acuminatus zukommen, eher vielleicht einer Poikilodermie. Auch eine Röntgentherapie und selbst eine leichte Röntgendermatitis kann einen Lichen ruber acuminatus nicht derart verändern. Kren sah vor Jahren einen ähnlichen Fall, der in der Diagnose vollends unklar geblieben ist.

3. Zirzinäre Form des miliären Lupoid, bei welchem große Ringe im Bereiche der Gesichts- und Kopfhaut sich entwickelt haben mit zentraler narbiger Atrophie, ähnlich wie in einem Falle, den er schon in der Tuberkulid-Debatte des Dermatologischen Kongresses 1913 erwähnt hat und bei dem auch eine Iridozyklitis vorhanden war.

4. 2 Fälle von Lupus erythematodes acutus, die unter dem Bilde eines akuten Erythems entstanden sind, das lebhaft an ein Erythema multiforme erinnerte. Und zwar im 1. Falle bei einem Soldaten im Gesicht, auf dem Stamm und an den Extremitäten. Nach der ersten Injektion von Tuberkulin nahm es im Gesichte einen erysipelähnlichen Charakter an, überging in Nässen, flachte sich ab, flackerte aber immer unter hohem Fieber nach neuerlicher, schwächerer Tuberkulininjektion oder Einreibungen von Morosalbe wieder auf. Nach mehrmonatlicher Behandlung mit Kollargol involvierte es sich vollständig zu Pigmentflecken; nur auf den Ohrläppchen finden sich noch schuppende, typische Lupus erythematodes-Plaques und ebenso auf der linken Wange.

Im 2. Falle, der einen 16jährigen, an deutlicher Spitzenaffektion mit abendlichen Temperatursteigerungen leidenden Knaben betrifft, ging das Exanthem direkt in elevierte, schuppende Plaques auf dem Handrücken, der Handfläche sowie der Streckfläche der oberen Extremitäten über.

Der Vortragende zeigt noch Bilder eines dritten, ebenso verlaufenden Falles.



Kyrle. Den jungen Patienten, der mit der Diagnose Lupus erythematodes eben vorgestellt wurde, habe ich im Frühjahr d. J. wegen Psoriasis vulgaris an beiden Handrücken, an den Fingergelenken und an den Daumenballen beiderseits demonstriert. Der Pat. hatte dazumal nebenbei typische Psoriasisherde an den Ellenbogen und an den Streckseiten der Kniegelenke. An der Diagnose Psoriasis war nicht zu zweifeln und es wurde auch von keiner Seite dagegen Einspruch erhoben. Etwas ungewöhnlich sahen die Herde an den Händen wegen der Stase aus, die bei dem Pat. bestand und auch jetzt noch besteht. Pat. ist Kellnerjunge und leidet an dem, was sie mit dem Namen Perniosis bezeichnen. Auf diesem Boden ist eben das Aussehen der Psoriasis ein etwas anderes. Pat. zeigte dazumal auch an den Ohrrändern, die blaurot verfärbt waren, schuppende Psoriasiseffloreszenzen. Ich kann mich auch jetzt nicht dazu bekennen, daß etwas anderes als Psoriasis vulgaris vorliegt. Psoriasis hat der Junge ja ganz gewiß, auch jetzt finden sich an den Ellenbogen ganz typische Herde davon. Es müßten demnach zwei verschiedene Dermatosen vorliegen, neben der Psoriasis auch noch Lupus erythematodes. Daß die Herde an den Fingern verrukös und etwas stärker infiltriert sind, kann bei dem eigenartigen Boden, auf dem sie sich finden, meiner Meinung nach nicht Wunder nehmen.

Oppenheim. Es tut mir leid, daß ich meinen Fall von Lupus erythematosus nur so flüchtig demonstrieren konnte, denn auch er zeigte und zeigt noch das Auftreten von Blasen und Bläschen an den Extremitäten, die sich dann in Lupus erythematosus-Herde offenbar umwandeln. Es würde sich also dieser Fall dem von Ehrmann demonstrierten anreihen.

Nobl. In der letzten Frühjahrssitzung stellte ich ein Mädchen vor, bei welchen zu diskoiden Nasen- und Wangenherden langjährigen Bestandes, unter Fieber Erythema multiforme ähnliche Schübe an den mächtig geschwollenen, diffus geröteten Fingern, Handtellern, Armen und im Bereiche des Gesichtes und der oberen Brustappertur sich gesellten. Diese Effloreszenzen für sich allein betrachtet, hätten trotz ihrer Pernioähnlichkeit kaum die Vorstellung eines Lupus erythematosus auslösen können. Im Zusammenhalt mit den alten Scheiben unterlag es keinem Zweifel, eine akute Dispersion des Zustandes vor sich zu haben. Was in dem Falle Herrn Ehrmanns die Tuberkulininjektion provozierte, scheint hier durch Autotuberkulinisation erfolgt zu sein. Die akute Aussaat klang nach 5 wöchentlichem Bestand unter feiner Schilferung und langdauernder residualer bläulicher Hyperämie, ohne zu Atrophie zu führen, schließlich restlos ab. Die alten Gesichtsherde blieben unbeeinflußt. Erwähnenswert ist noch gleichzeitige intensive Konjunktival und Irisreizung rechts.

Sachs. Der vorgestellte Fall zeigt wohl an den Ellenbogen und an den Knien sichere Zeichen der Psoriasis vulgaris, wenngleich die Affektion an den Ohrmuscheln und an den Fingern nicht recht zum Bilde der Psoriasis vulgaris paßt. Einen ähnlichen Fall konnte ich bei einem mit einer Erfrierung auf die II. Abteilung des Garnisonsspitales Nr. 2 transferierten Infanteristen beobachten; nach Abklingen der Erfrierung war das Bild der Psoriasis vulgaris eindeutig, welches anfangs Lupus erythematodes acutus nicht ausschließen ließ.

Kyrle betont nochmals, daß bei dem Jungen auch jetzt mit aller Sicherheit Psoriasis vulgaris besteht. Wenn man die Herde an den Händen hiezu nicht rechnen will, sondern als Manifestationen eines Lupus erythematodes anspricht, dann bestehen bei dem Pat. eben gleichzeitig 2 Hauterkrankungen.



Sitzung vom 14. Dezember 1916.

Vorsitzender: Ehrmann. Schriftführer: Stein.

Sachs demonstriert aus der II. Abteilung des k. u. k. Garnisonsspitales Nr. 2:

1. Einen 35jährigen Infanteristen, welcher auf der Penishaut das Bild des Lichen ruber planus (sclerosus) und am linken und rechten Unterschenkel die verruköse Form desselben darbietet. Nach 25 Natrium cacodylicum-Injektionen à 0·1 und 3 Neosalvarsaninjektionen trat nicht nur keine Rückbildung, sondern eine stärkere Proruption von Lichen ruber planus-Effloreszenzen auf. Bei dieser Form des Lichen ruber planus (sclerosus) hatte die Arsentherapie keinen Effekt, es wird der Fall der Röntgenbehandlung zugeführt werden.

2. Einen 51jähr. Infanteristen, welcher am behaarten Kopfe, im Gesicht, Stamm, Rücken, sowie an den Streckflächen der oberen und unteren Extremitäten Knoten von Bohnen- bis Haselnuß- und Walnußgröße zeigt. Dieselben sind von elastischer Konsistenz, die kleineren fühlen sich eher derb an; bei letzteren ist die Haut gut verschieblich. Die Exzision eines solchen Knotens vom Thorax ergab den Befund eines Atheroms; es besteht demnach eine Atheromatose. Differentialdiagnostisch kommen Neurofibromatosis Recklinghausen und Lipomatosis in Betracht. Solche Fälle wurden von Chiari u. a. publiziert, sie sind nicht gerade sehr häufig.

Schwoner demonstriert aus der II. Abteilung des k. u. k. Garnisonsspitales Nr. 2 einen 25jährigen Soldaten, welcher auf dem Stamm, den Extremitäten, am Genitale in fast symmetrischer Anordnung verschieden große, braunrot gefärbte, feinkleiig schuppende und infiltrierte Hautpartien darbietet. Einzelne Herde zeigen eine deutliche Fältelung der Haut, frischere Herde von lividroter Farbe finden sich auf beiden Handrücken; auf dem Nacken ist ein ganz frischer Herd hellrot gefärbt, nahezu pigmentfrei, von einem braunen Pigmentsaum umgeben. Die Anordnung dieser Herde ist analog wie bei der Erythrodermie pityriasique en plaques disseminées Brocq, ohne sonst mit dieser eine Ähnlichkeit zu haben. Einzelne Herde selbst zeigen eine, wenn auch entfernte Ähnlichkeit mit Pityriasis rubra Hebrae. Drüsenschwellungen in inguine sind nur mäßig, Blut- sowie interner und Nervenbefund ohne Besonderheiten. Die Krankheit besteht seit zwei Jahren. Es besteht also eine chronisch verlaufende, herdförmig



angeordnete Dermatose, welche in diesem Stadium mit dem nichts präjudizierenden Namen als Erythrodermie en plaques zu bezeichnen wäre. Die Arsentherapie (45 Natrium cacodylicum-Injektionen à 0·1) sowie Schwefelbäder sind auf die Hauterkrankung ohne Einfluß geblieben.

Ehrmann hält diesen Fall für eine Atrophia cutis idiopathica im Übergange aus dem subakut entzündlichen Stadium in das schuppende atrophische.

Oppenheim. Man muß sich hüten, die Fältelung, die bei Ichthyosis vorkommt, mit der bei der Atrophia cutis vorkommenden zu verwechseln. Die erstere ist bedingt durch Fältelung der Epidermis, das Bindegewebe und die Papillen sind nur wenig oder gar nicht verändert, die subpapillären Gefäße schimmern nicht durch. Bei der Atrophie betrifft die Fältelung die Epidermis plus Papillarschicht und oberflächlichste Kutisschicht, diese werden wie zerknittertes Zigarettenpapier durch den Verlust der elastischen Fasern, nach deren Fehlen der Papillarkörper, seiner Stütze beraubt, flach wird, sich streckt und infolgedessen zu weit für die darunter liegende Haut wird; daher die Fältelung. Wegen der Verdünnung erscheint die Haut blaurötlich und die subpapillaren und subkutanen Gefäße werden als blaue und rote Streifen sichtbar. All dies ist in dem vorgestellten Falle zu sehen; es ist der Fall also als Hautatrophie (Dermatitis atrophicans) zu betrachten.

Sachs. Heute können wir von dem Fall nur sagen, daß es sich um eine Erythrodermie mit fast symmetrischer Anordnung und chronischem Verlauf handelt. Ich gebe ohneweiteres zu, daß einzelne von den älteren Herden eine starke Fältelung im Sinne einer Atrophie zeigen. frischere Herde zeigen eine ausgesprochene Infiltration der Haut, ganz frische sind zart rosarot, nahezu pigmentfrei und von einem Pigmentsaum wie z. B. am Nacken umgeben. Ob das Krankheitsbild stationär bleiben oder sich ausbreiten wird, kann natürlich nur auf Grund längerer Beobachtung entschieden werden. Einzelne Herde haben eine gewisse Ähnlichkeit mit Pityriasis rubra Hebrae, keineswegs ist dieser Fall als Erythrodermie pityriasique en plaques disseminées Brocq zu bezeichnen Ich bin der Ansicht, daß dieses Stadium nicht als idiopathische Hautatrophie schlechtweg zu bezeichnen ist, sondern glaube, daß auf Grund klinischer Beurteilung die Erythrodermie im Vordergrunde des Krankheitsbildes steht. Ich werde mir erlauben, diesen Patienten sowie histologische Präparate von verschiedenen Stellen exzidierter Hautstücke in der nächsten Sitzung zu demonstrieren.

Rusch demonstriert 1. Phthirii in den Augenbrauen eines Kindes.

Scherber beobachtete einen Mann mit universeller Aussaat von Phthirii an allen behaarten Stellen, auch Kopf, Augenbrauen und Schnurrbart.

2. Eine 29jährige, schwächlich gebaute Frau, die an den Streckflächen der Oberarme beiderseits ca. 1 Dutzend bis 2 *cm* im Durchmesser betragende, kreisrunde oder oblonge, gut begrenzte „leere Flecke“ aufweist; ihre Oberhaut ist knittrig, ihre Konsistenz eigentümlich flaumig, ihre Farbe jene der normalen Umgebung oder zart bläulich-weiß; einige wölben sich flachkugelig vor. Die Diagnose schwankt zwischen Fibromata mollusca — scheinbar gestützt durch die beiderseits vorhandenen, zu beträchtlicher



Schwerhörigkeit führende Akustikusaffektion — und zwischen **Atrophia idiopathica maculosa**. Die histologische Untersuchung bestätigt letztere Annahme. Sie ergab eine bandartige Oberhaut, papillenlose Kutis, als auffallendste Veränderung fast vollständigen Elastinschwund, hingegen keine Massenabnahme des eigentümlich verquollenen Kollagengewebes; an den Gefäßen des unteren Plexus stellenweise eigentümliche polypöse Wucherungen der Innenhaut und hypertrophische Wucherungen der muskulösen Wandelemente. Auffallenderweise fehlten Zellinfiltrate, auch in der Umgebung der übrigen, sehr dünnen, spärlichen Gefäße vollständig. Einzelne dieser Veränderungen gehören wohl nicht zum regelmäßigen Befunde bei der makulösen Atrophie und kennzeichnen diese Beobachtung möglicherweise als besondere Form dieser Affektion.

Oppenheim. Der demonstrierte Fall ist eine Dermatitis atrophicans maculosa und befindet sich in dem von mir als drittes Stadium der Atrophia maculosa cutis bezeichneten Zustand. nämlich in dem Stadium der Säckchenbildung, die wie Tumoren über das Niveau der Haut hervorragen und zu Verwechslungen mit Morbus Recklinghausen bereits Veranlassung gegeben haben. Die Veränderungen des Bindegewebes, die Rusch beschreibt, sind analog den von mir vor ungefähr 10 Jahren beschriebenen, einen Fall betreffend, den ich damals aus der Klinik Finger hier demonstriert habe und der das Substrat einer ausführlicheren Publikation abgegeben hat. Diese Säckchen, die wie hernienartige Vorstülpungen das Niveau der Haut überragen, sind außerdem charakterisiert, daß in ihnen in höheren Lagen der Kutis bis dicht unter den Papillarkörper Fettgewebe nachzuweisen ist, das den Gebilden die eigentümliche opake, gelbweiße Farbe verleiht, gewissermaßen eine Fettbildung ex vacuo an Stelle des degenerierten Bindegewebes und Elastins. Ich möchte fragen, ob auch in dem vorgestellten Falle dies nachweisbar war. Das wichtigste histologische Merkmal des ganzen Krankheitsbildes ist der Elastinschwund, der durch entzündliche Erscheinungen eingeleitet oder zumindest von solchen begleitet ist und der mit einer umschriebenen Rötung beginnt und sich peripher zirkulär ausbreitet, so daß zentral die Haut atrophisiert und an der Peripherie ein roter Ring — also annuläre Form — besteht. Der Elastinschwund ist die Ursache aller weiteren Veränderungen.

Schramek. Herniöse atrophische Stellen, wie sie bei Atrophia maculosa des vorgestellten Falles zu sehen sind, kommen auch bei der Neurofibromatosis Recklinghausen zur Beobachtung und können auch histologisch Schwierigkeiten in der Differentialdiagnose beider Erkrankungen entstehen.

3. Ein 17jähriges, an Gonorrhoe und Spitzenkatarrh leidendes Mädchen, das seit ca. 8 Tagen in beiden Hüftgegenden und weiter abwärts an den Ober- und Unterschenkeln zerstreut stehende, wenig zahlreiche, unregelmäßige Fleckbildungen an der Haut zeigt. Sie setzen sich aus kleinsten, saturiert dunkelroten Blutpunkten und -Stricheln zusammen, die auf gleichmäßig, rostbraun pigmentiertem Grund sitzen. Eigentliche Teleangiektasien fehlen ebenso wie Konfiguration zu Kreislinien. Vorläufig müsse

man auch solche Formen zur Majocchischen Purpura zählen. Gegen eine solche Auffassung spricht nicht die Tatsache, daß einzelne dieser Flecke eine geringgradige Lichenifikation und Schilferung der Oberfläche zeigen; diese Symptome erklären sich aus der Lage der Effloreszenzen an Stellen starker Kleiderreibung (Hüftgegend), ferner aus der bestehenden, hochgradigen Gefäßreizbarkeit, wie sie allenthalben in einer Urticaria factitia zum Ausdruck kommt. Vorübergehend werden dann auch andere Purpuraflecke bei Reizung dunkelrot und ödematös. Kratzphänomen positiv.

Sachs. Die Affektion in der rechten Trochantergegend zeigt eine deutliche Schuppung und macht den Eindruck eines peripheren Fortschreitens. Die spärlichen Hämorrhagien sind bei einer vulnerablen Haut nichts Auffälliges. Die Dermatose macht mehr den Eindruck einer parasitären. keinesfalls möchte ich der Diagnose Purpura annularis teleangiectodes Majocchi zustimmen.

Kren. Daß ein toxisches Erythem und damit auch die Blutungen Kreisformen annehmen, zwingt uns noch lange nicht, das Krankheitsbild als eine Purpura Majocchi anzusprechen; denn das Primäre bei der Purpura ist eben die Blutung und bei dem Erythem das Erythem. Es ist nicht angängig, jede sekundäre Purpura, auch wenn sie entsprechend der Primärschädigung annulär angeordnet ist, als Purpura teleangiectodes aufzufassen, ebenso wenig wie ich auch den von Kollegen Rusch vorgestellten Fall niemals in diese Gruppe einreihen würde.

4. Ein Mädchen, das an den Augenwimpern Filzläuse zeigt.

Groß demonstriert aus seiner Abteilung im k. u. k. Garnisonsspitale Nr. 1:

1. Einen Fall von Lichen ruber planus corneus. Lokalisation an den Tibien, refraktär gegen Arsen. Wird der Röntgenbestrahlung zugeführt.

2. Einen Fall von Dermatitis papillaris capillitii in der typischen Lokalisation am Nacken. Ungewöhnlich erhabener, derber Plaque. Wird gleichfalls der Röntgenbehandlung zugeführt.

3. Einen Fall von Xanthoma tuberosum multiplex idiopathicum. Ausbreitung über den ganzen Körper, Tumoren von Stecknadelkopfgröße bis zu großen lappigen Geschwülsten. Beginn der Erkrankung vor acht Jahren, seit zwei Jahren sollen die Tumoren eine rasche Vermehrung erfahren haben. Wir unterscheiden ein symptomatisches Xanthoma tuberosum, das bei Erkrankungen der Leber und bei Diabetes vorkommt und ein idiopathisches. Der vorgestellte Fall gehört in die letztere Gruppe. Der interne Befund ist vollkommen negativ. Während früher die bei Xanthom zur Ablagerung gelangende Substanz als Fett angesprochen wurde, wissen wir jetzt, daß sie als

Cholestearin bezeichnet werden muß. Wir müssen in dem vorliegenden Falle eine Störung des Cholestearinstoffwechsels, also eine Stoffwechselerkrankung sui generis, annehmen.

Sachs. Die Farbennüancen der über den ganzen Körper zerstreuten Knoten zeigen Übergänge vom Strohgelb bis Mahagonibraun und Dunkelblaurot. Hier wäre an den von Riehl am letzten Dermatologenkongreß vorgestellten Fall von Xanthoma areolare multiplex zu erinnern.

Ullmann Der vorgestellte Fall steht in mancher Beziehung außer der Reihe des idiopathischen X. tuberosum planum Es fällt mir von weitem die eigentümlich dunkelrote Färbung, dann die Reichlichkeit bei fast diffuser Verteilung der Tumoren, ihre mehr asymmetrische Lokalisation und die Form gestielter Tumoren auf. Das X. t. pl. ist ein mehr plattenförmiges, wie auf die Haut aufgegossenes oder ihr eingelagertes Infiltrat, bienenwachsgelb, mit einigen Variationen ins braune, auch ziegelrote, nicht aber, wie hier, wein- oder rubinrote. Ich gewinne den Eindruck von sekundärem Xanthom in vorgebildeten fibromatösen Tumoren bei einem Individuum mit der xanthomatösen Diathese. Die Histologie wird die Sache erweisen. Der Fall ist eigenartig, sehr interessant und gewiß selten. In der Dermatologie Radcliff Crockers glaube ich so einen Fall abgebildet und erwähnt gesehen zu haben

Oppenheim demonstriert 1. vier Abbildungen von Flachhänden, die nach seinem in der Festschrift für Hofrat Finger publizierten Verfahren der Dermatotypie hergestellt wurden: Das Verfahren beruht auf einer der Daktyloskopie (Fingerabdrücke zur Erkennung der Verbrecher) nachgebildeten Methode, die entsprechend der Darstellung größerer Flächen der Haut von mir entsprechend modifiziert worden ist. Die Abbildungen zeigen bis ins kleinste Detail die epidermoidalen Veränderungen der Flachhand:

Fig. 1 ein Keratoma hereditarium palmare,

Fig. 2 ein Erythema toxicum bullosum, teilweise in Überhäutung; sehr schön sind die Blasen als kreisrunde tiefschwarze Flecke und die geplatzten Blasen als schwarze Kreislinien, ein helleres Zentrum umgebend, ersichtlich,

Fig. 3 eine Schwiele zwischen Thenar und Antithenar, durch das Tragen eines Stockes bedingt, und

Fig. 4 die Bläschen eines Erythema exsudativum multiforme.

2. Einen Soldaten mit Dermatitis atrophicans maculosa (Atrophia maculosa cutis). Auf der Haut des Stammes und der Extremitäten, insbesondere des Rückens und Oberschenkels, sieht man bläulich-weiße, sehnig glänzende, wie von zartem Pergament überzogene, unregelmäßig begrenzte bis kronengroße Flecke, deren Peripherie zum Teil stecknadelkopf- bis hanfkorngroße, isoliert stehende, dunkler gefärbte Fleckchen aufweist. Die Fältelung der



Oberfläche ist nur wenig ausgesprochen; der tastende Finger fühlt an den bläulich-weißen Stellen eine Lücke. An einzelnen Stellen sieht man peripheriewärts der Flecke Hyperämien. Es entspricht der Zustand dieses Falles dem als erstes und zweites Stadium der Dermatitis atrophicans maculosa beschriebenen Bilde. Außerdem zeigt die Haut an verschiedenen Stellen Narben nach Impetigoeffloreszenzen, die sich durch Eingesunkensein der Haut und durch Pigmentierung wesentlich von den makulösen Atrophien unterscheiden.

3. Einen 20jährigen Soldaten, bei dem sich als zufälliger Befund der Haut folgendes Bild ergibt: In der Kreuzbeingegend, links neben der Wirbelsäule, nur wenig auf die rechte Seite hinüberreichend, finden sich drei isoliert stehende, parallel verlaufende, länglich ovale, etwa $2^1/_2$ *cm* breite und 8—10 *cm* lange Streifen, von denen die zwei unteren von einem schmalen, etwas dünkler pigmentierten, ziemlich scharf sich absetzenden Saum umgeben sind. Diesen Saum umschließt eine wie zerknittertes Zigarettenpapier beschaffene Hautpartie von gesprenkeltem Aussehen, in die vereinzelte, kleine, sehnig glänzende Partien von Linsengröße und etwas dickerer Haut eingesprengt erscheinen. Die Oberfläche dieser Hautpartie zeigt leichte Abschilferung und läßt sich leicht falten; die Falten gleichen sich nur sehr langsam aus; zwischen die Finger genommen fühlt sich die Haut verdünnt an. Der oberste der drei Streifen zeigt dieselbe leicht dunkelblaue Farbe, wie der periphere Saum der zwei unteren Streifen in seiner Gesamtheit, sonst aber keinerlei Zeichen von Atrophie und Oberflächenveränderung. Wenn der Kranke sich bückt, so scheinen an allen drei Hautstellen die subkutanen Venen deutlich hindurch. Der Kranke hat die Affektion seit seiner Erinnerung. Die Diagnose ist schwer. Die dunkle Farbe erinnert an Mongolenflecke, die Lage ober dem Kreuzbein erinnert ebenfalls daran; die einseitige Lage und die Anamnese läßt an Nävus denken. Ich glaube, wir gehen nicht fehl, wenn wir die Affektion als angeborene Hautatrophie auffassen, wobei es bei den zwei unteren Flecken zur vollen Entwicklung der Atrophie gekommen ist, während der obere nur leichte Verdünnung der Haut und Hyperpigmentation aufweist. Dieser Fall scheint mir gleichfalls eine Stütze der Theorie vom Angeborensein der Hautatrophie im weitesten Sinne zu sein.

Ehrmann hält den Fall für eine im Rückgang begriffene umschriebene Sklerodermie. Dafür spricht nicht nur der pigmentierte Rand, sondern auch die in die zentralen weißen Stellen eingesprengten Pigmentnetze. Die weißen Stellen selbst zeigen den charakteristischen



Wachsglanz. Die Pigmentierungen an anderen Stellen sind Reste erythematöser Flecke, die Ehrmann seinerzeit beschrieben hat, als Anfangsstadien der umschriebenen Sklerodermie, die an manchen Stellen abortiv zurückgehen, ohne daß es zu den kartenblattähnlichen Verhärtungen im Zentrum käme, während an anderen Stellen im Zentrum die bekannten sklerodermatischen Veränderungen sich entwickeln.

Schramek. Der demonstrierte Fall scheint auch mir eher ein Fall von Sklerodermie mit dem Ausgang in Atrophie zu sein. Dafür würde auch die deutlich sichtbare Pigmentverschiebung an den Rand zu sprechen. Die Annahme für ein nävogenes Entstehen der Atrophie aus der Lokalisation des einen Fleckes, ähnlich wie der eines Mongolenfleckes, ist wohl mehr als hypothetisch.

Nobl. Die von Herrn Oppenheim ventilierte, gleichzeitig aber ausgeschlossene Anschauung, daß es sich hier um eine Sklerodermie en plaque handeln könnte, möchte ich unbedingt für zutreffend erachten. Wir haben ja die typischen Anzeichen des bis zur Atrophie gediehenen Zustandes mit der gar nicht so seltenen Begleiterscheinung der peripheren Pigmentierung; daneben auch Pigmentflächen mit kaum angedeuteter Gewebsverhärtung, wie solche ja bei den ganz leichten Morpheaformen aufzutreten pflegt. Daß Sklerodermie und sog. idiopathische Hautatrophie überdies noch in Wechselbeziehung stehen, hat auch N. des öfteren beobachtet und auch in Beiträgen berücksichtigt.

Oppenheim. Daß dies kein Mongolenfleck ist, braucht nicht gesagt zu werden; die Ähnlichkeit in der Färbung des obersten Streifen und die Lage ist jedoch eklatant. Vielleicht haben doch Mongolenflecke und Hautatrophien idiopathischer Natur insoferne die gleiche Ätiologie, als sie beide durch intrauterine Einflüsse entstanden sind. Der Ansicht, daß es sich hier um eine zirkumskripte Sklerodermie handelt, muß ich auf das entschiedenste widersprechen. Wir haben hier einseitige Lage, Verdünnung der Haut, Durchscheinen der subkutanen Venen, Abschilferung und Hyperpigmentation, keinen Lilacring; alles spricht also dagegen.

4. Einen 35jähr. Mann, bei dem eine eigentümliche Art des Lichen pilaris besteht. An den Streckseiten der Ellbogen, auf der Beugeseite der Vorderarme, in der Rückenfurche, auf der Bauchhaut und am Oberschenkel finden sich Gruppen von follikulär gestellten, derben, braun-gelben, hirsekorngroßen Knötchen, teilweise auf geröteter Basis, die auch flächenweise auftreten und darum bei Berührung das Gefühl des Reibeisens hervorrufen. Solcher Herde gibt es recht zahlreiche. Bei oberflächlicher Betrachtung könnte man an Lichen ruber acuminatus denken. Man sieht jedoch an den Ellbogen, wie diese Knötchen größer werden können, sich entzünden und zu Follikulitiden werden, die mitten im Bereiche der gleichgroßen derben Knötchen stehen. Mit der Arbeit hat die Affektion nichts zu tun, da der Patient seit 10 Jahren Bureaudienst versieht. Es gehört der Fall in die Lichen pilaris-Gruppe, vielleicht Lichen corné.

Scherber demonstriert 1. einen Fall von Akne varioliformis. Die typischen Erscheinungen begannen bei dem 47jährigen Manne vor 25 Jahren an der Nase,

vernarbend wanderte der Prozeß über die Stirne und sind jetzt typische Effloreszenzen in frischer Aussaat an beiden Scheitelwinkeln, besonders links und von hier sich bis zum Scheitel erstreckend, zu finden. Die Effloreszenzen entstehen als stecknadelkopfgroße, gelbliche Bläschen mit lebhaft gerötetem Hof; beim Öffnen dieser Bläschen schon zeigt sich darunter ein Gewebszerfall. Die Einzelherde vergrößern sich rasch bis über Linsengröße, sind mit braunschwärzlichen Krusten gedeckt, bei deren Abheben eine teils mißfärbig belegte, stellenweise blutende Ulzeration, teils die bereits epithelisierte, varioliforme Narbe vorliegt. Erwähnenswert ist, daß der Blutbefund, W.-R. komplett positiv ist und daß die in ihrer Klinik unzweifelhaften Erscheinungen ein Jahr nach der vor 26 Jahren akquirierten Lues, die niemals allgemein behandelt wurde, entstanden sind. Es ist noch fraglich, ob und welche Beziehungen zwischen der hier vorliegenden, klinisch sicheren Akne varioliformis und der Lues bestehen.

2. Einen gummösen Prozeß von auffallender Ausbreitung und Intensität. Die 46jährige Frau wurde vor 23 Jahren mit Lues infiziert und begann der jetzige Prozeß vor 6 Jahren, obwohl 2 Jahre vorher eine energische Kur durchgeführt worden war. Patientin zeigte ausgebreitete, am Knochen adhärente Narben, die am Rande typische Infiltrate von Hautgummen aufweisen, über dem linken Schulterblatt, an beiden Schultern und einen ausgebreiteten narbigen Herd im Bereiche der untern Hälfte der rechten Mamma, nach außen und unten hievon mächtig erweiterte Venennetze, in welchen der Blutabfluß durch den narbigen, bis auf die Rippen reichenden Prozeß gehemmt ist. Von jüngeren Herden findet sich ein periostaler, ziemlich großer Knoten über dem Manubrium sterni, ferner an der Innenseite des linken Kniegelenkes ein exulzerierter, typisch gummöser Herd, der, bis aufs Periost reichend, hier spezifische Veränderungen hervorgebracht hat und die auffallendsten Erscheinungen finden sich am rechten Ellbogengelenk, von der Mitte des Oberarms bis zur Mitte des Unterarms reichend, in welchem Gebiet die Extremität im Verhältnis zur Gegenseite auf das Dreifache verdickt erscheint; die Haut rotbraun infiltriert, von zahlreichen nierenförmigen, rundlichen und sichelförmigen Substanzverlusten durchsetzt. Das Röntgenbild zeigt, daß die mächtige Verdickung auf Veränderung der Haut, des Unterhautzellgewebes, der Muskeln und des Bandapparates und der Gelenkkapsel selbst beruht, während die Knochen im Bereich des Gelenkes selbst völlig frei sind und die Vorder-



armknochen wie der Humerus an den Grenzen des ganzen Herdes typische periostale Veränderungen zeigten. Die Beweglichkeit des Gelenkes ist fast aufgehoben. W.-R. komplett positiv. Eigentümlich war das Verhalten gegenüber Tuberkulin. Eine subkutane Injektion von $^1/_2$ *mg* A.-T. rief weder allgemeine noch lokale Reaktion an den Krankheitsherden hervor, noch zeigte die Injektionsstelle anfangs welche Veränderungen. Erst nach 8 Tagen entwickelte sich an der Injektionsstelle ein braunrotes, derbes Infiltrat, das in den letzten zwei Wochen sich langsam wieder zurückbildete. Es sei bemerkt, daß eine spezifische Kur. Jod-Salvarsan, bereits vor zwei Wochen eingeleitet wurde und der Prozeß trotz seines jetzt noch so auffälligen Bildes nicht mehr auf der Höhe seiner Intensität steht.

3. Fall von Pityriasis lichenoides chronica. Der 17jähr. große kräftige Mann lag im Januar 1915 mit einer universellen, schweren Psoriasis vulgaris auf meiner Abteilung. Auf Arsen intern und äußerliche Behandlung völlige Abheilung. Vor ungefähr sechs Wochen erkrankte Patient unter folgenden Erscheinungen: Am Stamm, besonders an den Seitenteilen des Thorax, den oberen vorderen Brustpartien, an den Armen, besonders den Innenflächen und an den Oberschenkeln, weniger zahlreich auf Bauch und Rücken, eine Aussaat knötchenförmiger und fleckförmiger Effloreszenzen. Die Herde entstanden als stecknadelkopfgroße, rosenrote, lebhaft rote, von einem roten Saum umgebene Knötchen, die rasch, flächenhaft sich verbreiternd, in rundliche oder ovale Flecke von rötlich-bräunlichem, lachsfarbenem Kolorit, in toto von einer ganz dünnen Schuppe gedeckt, übergingen. Das Bild war ein so typisches, daß an der Diagnose Pityriasis lichenoides chronica nicht zu zweifeln war. Salbenbehandlung, auch eine Schmierseifenschälkur, beeinträchtigte den Ausschlag, der zeitweilig stellenweise etwas juckte. fast gar nicht. Im Verlauf der weiteren Beobachtung war zu konstatieren, daß die fleckförmigen Effloreszenzen Kreuzergröße erreichten, manchmal einen etwas dunkler braunen Farbenton aufwiesen, z. T. aber ein violett-bräunliches Kolorit annahmen, so daß einzelne Effloreszenzen, besonders an den oberen Brustpartien, Táches bleues recht ähnlich waren, eine Erscheinung, die auch jetzt noch deutlich zu konstatieren ist. In den letzten zwei Wochen ließen die Nachschübe frischer Effloreszenzen am Stamm spontan wesentlich nach und kamen neue Herde vor allem an den Händen, auch noch auf den Handtellern, hier als scharf umschriebene, fleckförmige, ovale, über linsengroße Rötungen erscheinend, während auf Hand- und

Fußrücken die Knötchen wie die Flecke von punktförmigen Teleangiektasien oder Blutungen (Biopsie wurde bis jetzt nicht gestattet) mehr oder weniger reichlich durchsetzt erschienen. Von gleichem Aussehen wie die zuletzt geschilderten Erscheinungen waren Nachschübe in den Kniekehlen und Ellbogenbeugen. Auf die Möglichkeit des Auftretens von kleinsten Blutungen in den Effloreszenzen dieser Erkrankung hatten schon Rille und Jadassohn hingewiesen. Auf Brust, Innenfläche der Arme und an den Oberschenkeln sieht man jetzt noch die fleckförmigen typischen Effloreszenzen, zum Teil etwas größer als gewöhnlich und auch am Halse mit deutlicher Tendenz zur Kreisbildung, durch Rückbildung der zentralen Partien entstanden. Gleichzeitig mit dem geschilderten Ausschlag treten typische Psoriasis vulgaris-Effloreszenzen auf den Unterschenkeln vorne und an den Streckflächen der Ellbogengelenke auf. Zwischen beiden Erscheinungsformen war jedoch klinisch immer die Grenze zu ziehen. Erst in den letzten Tagen zeigte sich an den größeren, flächenhaften Pityriasis lichenoides-Herden im Verlauf des weiteren Rückgangs eine diffuse, auffallende Schuppenbildung. Die früher bräunlichrötlichen, bräunlich-violetten Herde erschienen anfangs an der Oberfläche rauh und matt, die diffuse Epithelverdickung nahm weiter zu und schließlich boten die bis kreuzergroßen, scheibenförmigen oder die kreisförmigen Effloreszenzen nur wenig Infiltration mehr dar, sondern hoben sich von der gesunden Haut durch verdicktes, leicht schuppendes, grau-weißliches Epithel ab. Die Scheidung von den von vorneherein klinisch deutlich ausgeprägten Psoriasis vulgaris-Herden an den Unterschenkeln und den Streckflächen der Arme, die ebenfalls einen gewissen Rückgang aufweisen, ist nun jetzt schwerer zu ziehen. Es sei noch besonders vermerkt, daß nach völligem Rückgang einzelner typischer, fleckförmiger Pityriasis lichenoides chronica-Herde, die am dunkler pigmentierten Hals lokalisiert waren, deutliche Leukodermflecke resultierten. Es sei dazu bemerkt, daß Patient kein innerliches noch äußerliches Medikament erhielt.

Die inneren Organe ergaben bei genauer klinischer Untersuchung nichts Abnormes, die W.-R. negativ, eine Alttuberkulininjektion von 0,0005 weder lokale noch allgemeine Reaktion. Der Blutbefund zeigt völlig normale Verhältnisse. Über das weitere Verhalten des Patienten soll die weitere Beobachtung Aufschluß geben.

4. Bericht über einen in seinem klinischen Bilde und Verlauf ganz eigentümlichen Fall von Pemphigus, der



wegen seines schweren Krankheitszustandes nur auf der Abteilung demonstriert werden kann. Bei einem 17jährigen Mädchen kam es vor ungefähr zwei Monaten, nachdem schon früher geringgradige Anfälle derselben Erscheinungen, besonders an den Extremitäten, aufgetreten waren und spontan wieder zurückgingen, plötzlich unter allmählich ansteigendem Fieber von intermittierendem Charakter zum Ausbruch hanfkorn- bis linsengroßer, vielfach aber auch bedeutend größerer, selbst haselnuß- bis walnußgroßer Blasen, die von vorneherein einen mehr oder weniger intensiv hämorrhagisch-serösen Inhalt aufwiesen. Die Blasen, auf normaler Haut entstehend, traten anfangs nur in reichlicher Aussaat auf den Extremitäten, besonders an den Streckflächen, auf, befielen jedoch weiterhin das Gesicht, kamen an den Fingern dorsal und volar zum Vorschein und unter weiterem Fieberanstieg kam es plötzlich zu reichlicher Aussaat der hämorrhagisch serösen Blasenausbrüche im Gesicht, Hinterkopf, Hals, Nacken und am ganzen Stamm, so daß der Körper binnen kurzer Zeit von weit über hundert Effloreszenzen übersät war. Auffallend war die ungewöhnliche Größe einzelner Blasen, bis über guldengroß und durch Konfluenz entstanden, an einzelnen Stellen bis über fünfkronengroße Effloreszenzen. Gleichzeitig stieg das Fieber abends bis 39°—40° C. an, Patientin litt an großer Mattigkeit. Schleimhaut des Mundes und der Nase stets frei trotz der reichlichen Aussaat im ganzen Gesicht, auf den Konjunktiven einzelne bis linsengroße sanquinolente Blasen. Mit der Heftigkeit der Erkrankung veränderte sich das Bild insofern, als der Inhalt aller Blasen zunächst immer mehr blutig wurde und schließlich einen Inhalt aufwies, der im mikroskopischen Präparat völlig dem Blutbilde glich. Es sei hervorgehoben, daß die Blasen durch Abhebung des Epithels in seiner ganzen Dicke zu stande kamen, daß nach Platzen der prall gespannten Blasen das blutigrote Korium bloßlag, das in seinen oberflächlichen Schichten aufgelockert und in dünner Schichte destruiert erschien, so daß nach rascher Reinigung und Epithelisierung rötlich-bräunlich gefärbte, scharfe, wie mit dem Locheisen ausgeschlagene, ganz zart narbige, völlig ebene, nur wenig unter dem normalen Niveau der Haut gelegene Veränderungen resultierten. Im weiteren Verlauf kam es zur Trübung des rein blutigen Inhalts der Blasen durch Zunahme der weißen Blutkörperchen im Blaseninhalt, so daß auf der Höhe des schwer fieberhaften Prozesses der ganze Körper von Blasen verschiedenster Größe mit serös-blutigem und blutig-pustulösem Charakter übersät war. Eine Arsen-



kur war sofort eingeleitet worden, Bestrahlungen mit künstlicher Höhensonne vorsichtig angewandt, gewöhnlich abwechselnd täglich einmal die vordere und hintere Körperfläche bestrahlt, hatten einen langsam fortschreitenden Erfolg. Am besten tat der Patientin das Wasserbett, auf das dieselbe von Zeit zu Zeit auf ein bis zwei Tage gebracht wurde. Es kam darin zu rascherer Lösung der Blasen, zu schneller Reinigung der Substanzverluste und das Allgemeinbefinden wurde auffallend gut beeinflußt. In der letzten Woche wurden die Blasennachschübe auffallend geringer, doch ist Patientin noch so geschwächt, daß dieselbe nicht hieher gebracht werden konnte. Es ist noch besonders hervorzuheben, daß mit dem Nachlassen der Intensität des Prozesses stellenweise neben den Blasen mit von vorneherein getrübtem, blutig-pustulösem Inhalte solche mit klarem, rein serösem Inhalte sich bildeten, einer völlig normalen Haut aufsitzend. Der mehrmals im Deckglas und in der Kultur auf den verschiedenen Nährböden geprüfte Blaseninhalt frischer Effloreszenzen der verschiedenen Form erwies sich als steril. Die interne Untersuchung ergab keine wesentlichen Veränderungen; kein Milztumor, Urin normal, über der linken Lungenspitze verkürztes Atmen. Die Blutuntersuchung (Herr Dr. Bum) ergab: Sahli 65, Erythrozyten 4.476.000, Färbeindex 0,86, Leukozyten 6600 u. zw,: Basophile polymorphkernige 0, Eosinophile 5½%, Neutrophile 79%, Mononukleäre und Übergangsformen 3½%, Lymphozyten 12%. Im gefärbten Ausstrich geringe Form- und Größenunterschiede der roten, sehr spärlich polychromatophile rote, keine punktierten, keine kernhaltigen Formen. An den Leukozyten nichts Besonderes.

Kyrle demonstriert 1. einen 7jährigen Jungen mit typisch entwickeltem Xeroderma pigmentosum.

2. Einen Patienten, der in der letzten Sitzung von ihm mit der Diagnose Primäraffekt des Nasenflügels vorgestellt worden ist. Der Affekt ist unter antiluetischer Kur völlig geschwunden, es kann demnach kein Zweifel bestehen, daß es sich um Lues gehandelt hat, doch hat die weitere Beobachtung gelehrt, daß der Affekt nicht als Primäraffekt, sondern als Rezidiverscheinung (wuchernde Papeln) anzusehen ist.

3. Eine 56jährige Frau mit einem über ganseigroßen, zerfallenden Epitheliom der linken Schläfengegend. Die Ränder des Tumors stark prominent und infiltriert. Gleichzeitig besteht ein Cornu cutaneum von mäßiger Größe am Nacken, Rücken und zahlreiche senile Warzen im Gesicht.

4. Ein flaches, von serpiginösen Rändern begrenztes, 20 Heller-großes Ulcus rodens an der rechten Nasolabialfurche bei einer 40jährigen Frau.

Ehrmann demonstriert: 1. Einen mit scheibenförmigem Haarausfall einhergehenden Lupus erythematodes der Kopfhaut.

2. Einen durch kombinierte Resorzinpaste-Röntgen-Behandlung geheilten Lupus vulgaris der Wange.

Kerl demonstriert ein Bromoderma des Unterschenkels.

Nobl demonstriert: 1. Einen Fall von Leucoderma psoriaticum verum. Es handelt sich um ein 13jähriges Mädchen mit nicht zu dichter Aussaat münzengroßer parakeratotischer Scheiben, die vom Hals bis an die Unterschenkel reichen. Am Rücken bis zum Schultergürtel, an der Brust und angrenzenden Bauchgegend, untermengen kaum hellerstückgroße, deutlich begrenzte, kreisrunde leukodermatische Flecke den Ausbruch. Die weder äußerlich noch intern medikamentös beeinflußte Erkrankung soll in wechselnder Intensität seit 3 Jahren auftreten. Früher vorhandene Knie- und Ellbogenscheiben blieben nach Abheilung einzelner Schübe stets unverändert stehen und dürften wohl übersehen worden sein. Das Leukoderma am Standort abgeheilter Psoriasiseffloreszenzen hat N. des öfteren beobachtet und auch in der Gesellschaft vorgestellt. Vor einer Reihe von Jahren demonstrierte er das Phänomen am Skrotum eines 30jährigen Mannes, früher noch im Bereich des Nackens und der Achselfalten einer unbehandelten 34jährigen Psoriatikerin. Auch Ehrmann hat wiederholt den Vorgang des Pigmentschwundes bei Psoriasis namentlich an Hautstellen beobachtet, die von Haus aus oder durch äußere Einwirkung (Sonne, Reibung) dünkler pigmentiert erscheinen. Die im histologischen Verhalten kaum vom syphilitischen Leukoderma abweichenden Flecke fallen klinisch deutlich durch scharf markierte Grenzen auf. Diesen Verhältnissen tragen schon die Beobachtungen von Rille, Hallopeau (Trastour, Gasne) Rechnung. Bei dem Mädchen verschleierte anfänglich Skabies die Veränderung.

Scherber kann Ehrmanns Angabe bestätigen, indem ein Fall von Psoriasis vulgaris, der im Sommer sich intensiv von der Sonne bestrahlen ließ, dann einen Ausbruch von Psoriasis vulgaris bekam, dessen Effloreszenzen nach Rückbildung ein auffallend deutliches Leukoderm hinterließen.

Kren. Das echte Leucoderma psoriaticum, also ein Leukoderm, das nicht auf Behandlung zurückzuführen ist, sondern bei noch unbehandelten



Psoriasis-Patienten zu finden ist, ist jedenfalls häufiger, als bis nun angenommen wurde. Kren war wenigstens in der Lage, in letzter Zeit mehrere solcher Fälle beobachten zu können.

2. Eine exzessive Form von Neurofibromatosis Recklinghausen. Die 54jährige, sehr intelligente, seit 20 Jahren als Kinderfrau tätige Patientin hat niemals geboren und war bis zum 49. Jahr regelmäßig menstruiert. Bei Betrachtung der hochgradig entwickelten, in allen Formen stark betonten Mißbildung muß es wundernehmen, daß der Frau die Vorführung bisher erspart geblieben war. In den Axillarlinien hängen schmal gestielte, bis apfelgroße, pendulöse Knoten frei herab. Zystisch durchscheinende, prall gespannte, einstülpbare, rarefizierte Bindegewebsherde von Erbsen- und Haselnußgröße, fibröse Knoten von Kirschen- und Walnußumfang, sowie nach den Spaltrichtungen geordnete Pigmenteinstreuungen verschiedenster Dichte und Ausbreitung, ergänzen das charakteristische Bild. Gesicht und Kopfhaut frei. Am Skelett keine Anomalien. Psychische Störungen, wie erwähnt, fehlen.

3. Multiple perimalleolare Geschwüre im Syndrom der Akrodermatitis atrophicans. Die 49jährige Kranke verfolgt seit 9 Jahren den aufsteigenden Prozeß. Dieser ist zur Zeit bis über die Hüftbeine fortgeschritten. Vor 3 Jahren sollen zahlreiche tiefreichende Ulzera an den Streckflächen der Unterschenkel aufgetreten sein. Patient behauptet, damals von Prof. Oppenheim der Gesellschaft gezeigt worden zu sein. Es alternieren extrematrophische mit verdichteten Bezirken, die letzteren zeigen über den Knöcheln bis kronenstückgroße Substanzverluste, welche bis ins subkutane Zellgewebe reichen und keine Überhäutungstendenz bekunden.

4. Ein weit disseminiertes papulo-nekrotisches Tuberkulid bei einem 4jährigen Kinde. Das kleine Mädchen bietet, von mäßigen Submaxillarlymphomen abgesehen, keine spezifischen Allgemeinerscheinungen. Streckflächen der Arme und Beine, weniger die Beugeseiten, überdeckt, die dicht gestellte Aussaat typischer hanfkorn- bis erbsengroßer, im Zentrum nekrotische Pfröpfe tragender Knötchen. Die Blüten haben über den Handrücken und an den Unterschenkeln verrukösen, livid verfärbten Charakter angenommen. Wie so häufig hat auch hier ein Masernanfall auslösend auf den Prozeß eingewirkt.

Ullmann demonstriert: 1. Extragenitale Initialsklerose am rechten Zeigefinger. Dieser 29jährige, kräftige Patient weist an der Endphalange des r. Zeigefingers ein tiefgreifendes, z. T. borkig belegtes Geschwür auf. Es um-



faßt die halbe mediale Zirkumferenz der Endphalange, die Ränder sind derb, die Haut der zweiten Phalange düster rot, stark, wie phlegmonös und geschwellt. Die Kubitaldrüsen nicht deutlich tastbar, Achseldrüsen derb, halbkugelig geschwellt. Eine Zeitlang war ein lymphangoitischer roter Streifen an der Außenseite des Oberarms sichtbar und die Achseldrüsen, ebenso das Geschwür äußerst schmerzhaft. Der Beginn dieser Infektion verlief unter dem Krankheitsbild eines Panaritiums an der Fingerkuppe. Am 11. Nov., also vor etwas mehr als einem Monat, wurde vom Kassenarzt des Patienten der schmerzhafte und eitrige Punkt in der anscheinend sonst normalen Fingerkuppe inzidiert, wobei sich nur ein Tropfen Eiter entleerte. Diesem ersten folgten noch mehrere (im ganzen 6) tiefe Inzisionen, die letzte am 22. Nov., ohne daß sich Schwellung und Schmerzhaftigkeit wesentlich verringert hatten; vielmehr entwickelte sich aus den Inzisionswunden allmählich der demonstrierte geschwürige Substanzverlust mit Einbeziehung des Nagelbettes. Patient wurde zuerst zu einem Chirurgen und von diesem erst wegen Verdacht auf Lues zu mir gesendet. Vor 8 Tagen wurden an der Klinik für Syphilis Spirochäten und die Wassermann-Reaktion positiv befunden. Der Patient wurde von mir sofort kombinierter Neosalvarsan- und grauer Ölbehandlung (20%) unterzogen Es ist bereits nach den ersten Injektionen Reinigung und Abschwellung der Geschwürsfläche und auch deren Umgebung deutlich bemerkbar.

2. Gummata auf dem Boden von papulonekrotischen Tuberkuliden. Die 38jährige Frau, seit mehreren Jahren Witwe, litt im vorigen Jahre an schmerzhaften, kleinen, follikulären, entzündlichen Infiltraten an den Streckseiten beider Ellenbogengegenden und der Finger, sowie beiderseits an den Unterschenkeln, an teils oberflächlichen, teils auch tiefer greifenden Infiltrationen der Haut und Subkutis. Sie wurde damals mit der Diagnose Folliklis und Erythema induratum Bazin von der Station der Fußgeschwüre der allgemeinen Arbeiterkrankenkasse zur Tuberkulinbehandlung an Koll. Löwenstein gewiesen. Unter dieser Behandlung kam es zum Rückgang und nach den Aussagen der Patientin sogar zur kompletten Heilung aller Erscheinungen. Doch seit Oktober l. J. zeigten sich an denselben und auch an anderen Stellen zahlreiche neue, nur meistens noch größere Infiltrate. Am rechten Unterschenkel wies sie damals mitten unter zahlreichen braunen, flachen, ziemlich großen, teils rundlich, teils unregelmäßig begrenzten Hautnarben auch

ein schmerzhaftes, ziemlich tief greifendes Infiltrat mit beginnender zentraler Nekrose auf. Die Diagnose Folliklis und subkutanes Tuberkulid konnte ich schlechtweg keinesfalls beibehalten trotz der unübersehbaren charakteristischen Narben am Ellenbogen und einzelnen, der Folliklis ähnlichen, frischen Knötchen daneben. Vielmehr mußte ich trotz der Multiplizität an Gummata denken, die sich auf dem Boden alter Tbc.-Infiltrate entwickelt hatten. Die Anamnese ergab mehrere Abortus in den ersten Jahren der Ehe; der Wassermann war stark positiv. Die Patientin wünschte durchaus die Tuberkulinbehandlung, ja verweigerte anfangs die spezifische Luesbehandlung, bis auf Darreichung von Jod. Innerhalb 2—3 Wochen kam es zu schweren Nekrosen einzelner Infiltrate, besonders des großen subkutanen Gummaknotens am Unterschenkel, wo es weiterhin zu zentraler schmerzhafter Gangrän kam. Durch die kombinierte Neosalvarsan-graue Ölbehandlung änderte sich in ganz kurzer Zeit das Bild, so zwar, daß es heute, knapp 3 Wochen von der ersten Injektion ab gerechnet, nur mehr Reste der Infiltrate aufweist. Daß sich auf dem Boden von tuberkulösen Infiltraten verschiedenster Art oder Resten derselben syphilitische Gummen entwickeln, kommt ja vor, speziell daß aus Tuberkuliden kleine Gummata werden, ist relativ selten, häufiger das umgekehrte, daß sich zu alten, sicher ursprünglich syphilitischen, gummösen Infiltraten die Tuberkulose gesellt und die Heilung verzögert.

Sachs. Das gleichzeitige Vorkommen von Lues und papulo-nekrotischen Tuberkuliden ist kein allzu seltenes, allerdings nicht sehr häufig. Vor mehr als vier Jahren und auf dem letzten Dermatologen-Kongreß habe ich einen Patienten demonstriert, welcher Lues und gleichzeitig papulo-nekrotische Tuberkulide am Genitale hatte, letztere hatten syphilitische Papeln vorgetäuscht. Die histologische Untersuchung bestätigte die Diagnose eines papulo-nekrotischen Tuberkulids.

3. Lichen ruber planus der Zungenschleimhaut. An der Zunge dieses 50jährigen Mannes zeigen sich angeblich seit wenigen Monaten Empfindlichkeit und weiße Flecke an der Zunge. Neben größeren, diffusen, zarten Leukoplakien an der Spitze, den Seiten und dem vorderen Abschnitte der Zunge, die fast $^1/_3$ der ganzen Oberfläche einnehmen, findet man weiter rückwärts mehrere, reihenförmig angeordnete, typische, zarte, perlenähnliche, stärker erhabene Knötchen. Auf der Haut der Beugeflächen beider Extremitäten mehrere ziemlich große, zum Teil typisch rosettenartig zusammengesetzte Licheninfiltrate.



Sitzung vom 25. Januar 1917.

Vorsitzender: Ehrmann. Schriftführer: Stein.

Perutz: Ich erlaube mir aus der Abteilung meines Chefs, des Herrn Prof. Ehrmann, einen Patienten vorzustellen, der an einem akuten Nachschub eines Lupus erythematodes leidet. Dieser Anfall ist der zweite, den wir zu beobachten Gelegenheit haben. Das erstemal erkrankte Pat. im April 1916 und wurde mit der Diagnose „akutes Ekzem des Gesichtes und der Hände" eingeliefert. Pat. hatte damals heftiges Fieber, das mit dem Zurückgehen der Hauterscheinungen allmählich abnahm. Pat. erhielt nebenbei auch Collargol. Die Lupus erythematodes-Effloreszenzen heilten unter Hinterlassung brauner Pigmentationen ab. Vor 8 Tagen erkrankte Pat. plötzlich, nachdem sein Zustand sich so weit gebessert hatte, daß er entlassungsfähig gewesen wäre, wieder. Befallen ist diesmal die behaarte Kopfhaut, vom Gesicht die Stirne, Wangen und Kinn und die Innenfläche beider Hände. Die Haut des übrigen Körpers ist mit Ausnahme der Brust, wo sich Pigmentationen nach dem ersten Schub befinden, frei. Pat. fiebert hoch. Das Fieber hat einen septischen Charakter. Interessant ist das Verhalten des Pat. gegenüber Tuberkulin. 0·01 *mg* Alttuberkulin genügte, um bei Pat. eine tagelange Temperatursteigerung auf 40° zu veranlassen. Ebenso die perkutane Applikation der Moroschen Tuberkulinsalbe.

Brandweiner demonstriert:

1. Einen 36j. Mann, der mit der Diagnose Lues papulosa überwiesen worden war. Es fanden sich keine Syphilissymptome vor, die Wassermannsche Reaktion war negativ. Das reichliche Exanthem war auf den ersten Blick als Pityriasis lichenoides chronica in ganz besonders schöner Ausbildung zu diagnostizieren, wie das bei der Aufnahme verfertigte Aquarell und eine Photographie beweisen. Jetzt ist das klinische Bild nur mehr an einigen Stellen gut erhalten, da die inzwischen eingeleitete Quarzlicht-Behandlung einen allerdings nur vorübergehenden, aber recht günstigen Erfolg erkennen läßt.

2. Einen 39jährigen Mann mit einem seit 5 Monaten bestehenden Lupus follicularis disseminatus.

3. Einen 39jährigen Mann mit einer ausgebreiteten, seit 24 Jahren bestehenden Atrophia cutis idiopathica, die weite Strecken des Thorax und aller Extremitäten befallen hat. Am linken Oberschenkel hat sich vor



drei Wochen während des Spitalaufenthaltes ein Herpes zoster gangraenosus im Bereich des 2., 3. und 4. Lumbalnerven innerhalb der von der Atrophie befallenen Hautpartien entwickelt.

4. Einen 26jährigen Mann mit hochgradiger Ichthyosis serpentina.

Scherber. Ich erlaube mir hervorzuheben, daß ich bei der Mitteilung meiner klinischen und therapeutischen Erfahrungen mit der künstlichen Höhensonne (Festschrift Finger) betonte, daß ich bei allen Hautaffektionen, bei denen die Anwendung der Höhensonne zumeist günstige Resultate ergibt, wie bei Pemphigus vulgaris, Dermatitis herpetiformis, Pityriasis lichenoides chronica, Lichen ruber etc., den Eindruck gewann, daß der günstige Effekt der Bestrahlung durch gleichzeitige Arseneinverleibung wesentlich gefördert wird. Gleichzeitig sei aber ausdrücklich bemerkt, was auch in dieser Abhandlung angegeben ist, daß in einzelnen Fällen von Dermatosen, die sonst im allgemeinen durch die Höhensonnenbestrahlung günstig beeinflußt werden, . diese Therapie aus noch unbekannten Gründen völlig versagt oder nur geringgradige, kurzdauernde Erfolge bringt.

Rusch demonstriert:

1. Einen Fall von Koinzidenz eines Lupus vulgaris und Lupus erythematosus bei einer auch anderweitig tuberkulös erkrankten 35jährigen Frau: tuberkulöse Lymphdrüsenschwellungen am Halse, ein streifenförmiger Herd von Lupus vulgaris maculosus inmitten der linken Augenbraue, der seit 1 Jahre besteht, mehrere kleinmünzengroße, scheibenförmige Herde von Lupus erythematosus, die sich seit mehreren Wochen an der Haut der Nase entwickeln.

2. Ein 24jähriges Mädchen mit Spitzenaffektion, die an den Seiten- und Dorsalflächen der Finger bläulich- und dunkelrote, zart infiltrierte, vielfach polygonal umgrenzte, flache oder stärker elevierte Knötchen zeigt, die an der Oberfläche kleinste grübchenförmige Vertiefungen aufweisen. Die histologische Untersuchung ergibt Hyperkeratose der Oberhaut und dichte Rundzelleninfiltrate um die vielfach thrombosierten Gefäße des oberen Plexus. Die Affektion ist als Chilblainlupus anzusprechen.

Scherber demonstriert:

1. Zwei Knaben mit Favus; der behaarte Kopf ist bei beiden Kindern fast in der ganzen Ausdehnung von typischen Skutula bedeckt; ferner finden sich bei beiden Kindern schön ausgebildete Skutula an den Armen und am Rumpf. Es ist hervorzuheben, daß der Entwicklung dieser Herde am Stamm und den Extremitäten die bekannten Herpes tonsurans-ähnlichen Herde von Favus herpeticus vorausgingen mit der Bildung kleinster Bläschen und Skutula in der Peripherie, die sich weiterhin derart veränder-



ten, daß der größere Teil der betreffenden Herde restlos oder mit Pigmentierung zurückging, während sich an umschriebenen Stellen dieser Herde die typischen großen Skutula entwickelten. An den demonstrierten Fällen wurde die von Herxheimer angegebene Pilzfärbungsmethode (konz. Giemsa-Lösung, Differenzieren mit $^1/_4$%iger Tanninlösung) erprobt, die sehr gute Bilder gab. Die Kulturen auf Maltoseagar zeigten das Achorion Schönleinii als Erreger der Affektion.

2. Eine 45jährige Frau mit den typischen Erscheinungen des Lupus erythematodes disseminatus im Gesicht, an den Ohren, beiden Wangen und Nase. Mundschleimhaut frei. Auffallend ist die Lokalisation des Prozesses an beiden Händen. Die distalen Partien der Dorsa und Palmae sind von distinkten oder konfluierenden, rötlich violetten, rötlich braunen, kleineren und größeren Flecken eingenommen, über denen das Epithel nur stellenweise insoferne verändert erscheint, daß es etwas verdickt und schuppend ist. Dagegen ist die Haut aller Finger auffallend verändert, von teils distinkten, kleinsten, stippchenförmigen, von trockenerem, etwas eingezogenem Epithel bedeckten Herden oder von größeren, über ganze Fingerglieder dorsal wie palmar konfluierenden, violett bräunlichroten, dünnen Infiltraten eingenommen, über denen das Epithel zum größten Teile schuppt oder verdickt und grauweiß verfärbt erscheint. Die Nägel zeigen keine Veränderung. Alttuberkulin rief erst in höheren Dosen, 0·001, Reaktion an der Einstichstelle und Temperatursteigerung bis über 38° C, aber keine Reaktion der Krankheitsherde hervor.

3. Eine 30jährige Frau, die an der Mundschleimhaut ausgebreitete Erscheinungen von Lichen ruber planus zeigt.

4. Einen Mann mit einer linsengroßen Sklerose am Frenulum penis und einer zweiten guldengroßen, in der Mittellinie des Bauches, unterhalb des Nabels. Die bedeutende Größe dieses Primäraffektes ist auf die lockere Fügung des Gewebes an dieser Stelle, auf die Weite der Lymphräume zu beziehen, welche Momente der Ausbreitung des Virus und Ausdehnung des spezifischen Infiltrats so förderlich sind.

Oppenheim demonstriert:

1. Eine 33jährige Patientin mit Sclerodermia circumscripta disseminata, die vor ca. 15 Jahren auf der Klinik weil. Hofrat v. Neumann bei dem ersten Beginn ihres Leidens lag. Die Patientin hatte damals in



inguine rechts einen streifenförmigen Herd, bei dem die Diagnose nicht ganz sicher war. Matzenauer exzidierte und stellte die Patientin in der dermatol. Gesellschaft mit der Diagnose Sklerodermie vor.

Heute zeigt die Kranke mehrere Herde von verschiedener Beschaffenheit. Der größte in der Rückenfurche reicht von der Mitte der Skapulae bis in die Lendengegend, ist oben handbreit, unten doppelt so breit, bogenförmig konturiert, mit deutlichem lila Ring versehen. Das Zentrum zeigt Sprenkelung; kleine, sehnig glänzende Hautpartien wechseln mit gelbbraun pigmentierten zerknitterten ab. Deutliche Konsistenzvermehrung ist nicht nachweisbar. Analoge kleinere, runde und ovale Flecke sieht man auf der Bauchhaut und am Oberschenkel. Die Stelle, wo vor 15 Jahren die Affektion war, ist nur leicht braun gefärbt, sonst nicht verändert. Eine Anzahl von Herden zeigt nur Atrophie ohne Lilacring und ohne Pigmentierung. Am interessantesten sind aber einige Herde unter der linken Mamma, die nur durch rötliche Färbung von der gesunden Haut zu unterscheiden sind. Dem tastenden Finger zeigen jedoch diese anscheinend hyperämischen Herde deutliche Verdünnung.

Rusch. Besonders bemerkenswert erscheinen an dem vorgestellten Fall die roseolaähnlichen, eigentümlich flaumig sich anfühlenden, erythematösen Herde, die keinerlei Spur einer sklerodermatischen Veränderung des kollagenen Gewebes erkennen lassen. Solche Herde können direkt in narbige Atrophie übergehen.

Oppenheim. Ich erwartete die Ausführungen Ruschs zu dem Falle. Es sind in dem Falle viele Analogien mit der Atrophia maculosa. Ich erinnere an den von mir in der vorletzten Sitzung vorgestellten Fall von Atrophia maculosa in der Kreuzbeingegend: drei übereinander und halbseitig lokalisierte streifenförmige Herde, der oberste nur leicht bläulich verfärbt, der mittlere gesprenkelt weißbraun. der unterste nur braun pigmentiert, dabei allenthalben Verdünnung. Ich glaube, daß wir das, was wir als Sclerodermia circumscripta resp. Sclerodermia en plaques bezeichnen, doch unter einem anderen Gesichtspunkte als unter dem der Sklerodermie betrachten sollen.

2. Einen Fall von eigentümlichem Morbus Recklinghausen, der sich den Abortivformen dieser Erkrankung in gewissem Sinne anreihen läßt: Ein kleiner, kyphoskoliotischer Mann zeigt über der Haut des Halses, Schultergürtels, bis zum Gürtel, eine große Zahl von Fibromen bis zu Erbsengröße, die alle recht leer und locker und gelbbraun pigmentiert sind. Dazwischen ist die Haut bedeckt mit flachen, pigmentierten, warzenähnlichen Ge-



bilden. die gewisse Ähnlichkeit mit Psorospermosis follicularis zeigen. Außerdem vereinzelte gelbbraune Lentigines. Im Gesicht Fibrome und Gefäßerweiterungen, besonders um die Nasenwurzel.

Nobl. Sehr interessant ist bei diesem Kranken die Kombination der Recklinghausenschen Teilveränderungen mit dem in seltener Prägnanz ausgesprochenen Adenoma sebaceum des Gesichtes. Es ist nicht mehr angängig, den Begriff der Neurofibromatose nur dann gelten zu lassen, wenn die Hemmungsbildung sich auf alle Hautkomponenten bezieht. Wir sehen oft genug — so wie hier — die charakteristischen, in Massen entwickelten, molluskiformen, weichen, hohlen Fibrome nur mit spärlichen Pigmentflecken und verrukösen Bildungen einhergehen. Es muß nicht stets auf große Tumoren, auf die transparenten, einstülpbaren Säckchen, Häm- und Lymphangiektoden reflektiert werden, um ein Krankheitsbild als „Recklinghausen" anzusprechen. Es handelt sich doch um eine Mißbildung, die nach Bau und Standort endlosen Variationen unterworfen ist. Ich demonstrierte in der letzten Sitzung der Gesellschaft für innere Medizin einen „Recklinghausen" (73jähr. Frau) ganz enormer Ausbreitung. mit faust- und kindskopfgroßen, per- und subkutanen, strangreichen Tumoren, mehr als tausend kleineren Knoten, Pigmentflecken, Gefäßerweiterungen, transparenten, blasenähnlichen, bläulich durchscheinenden Formationen in allen Dimensionen, ohne Spur von Kyphose und erhaltener hoher Intelligenz. Daneben zeigte ich einen 13jährigen Knaben mit Adenoma sebaceum und systemisiertem Naevus anaemicus am Stamm, zahlreichen Pigmentnarben und vereinzelten Fibromen. Hier waren schon Intelligenzdefekte zu verzeichnen, die eine Mitbeteiligung des Hirns in Form der tuberosen Sklerose nahe legen. Recklinghausen und Adenoma sebaceum sind Nachbarformen, häufig, wie im Falle Oppenheims, wie in den angezogenen Fällen, Simultanerscheinungen. Sie gehören in das Gebiet der Mißbildungen ektodermalen Ursprungs, gehen daher so häufig mit gleichen Störungen im Gebiet der Hirnnerven und des Gliagewebes einher.

Oppenheim. Der Fall ist sicher als Fibroma molluscum aufzufassen. Auch die geringe Intelligenz des Mannes spricht neben den erwähnten Symptomen dafür. Ob die Affektion im Gesichte einen Naevus sebaceus Pringle darstellt, möchte ich doch vorläufig dahingestellt sein lassen. Die histologische Untersuchung wird angestellt werden.

3 Den Fall von Dermatitis atrophicans maculosa resp. Atrophia maculosa cutis, der in der letzten Sitzung vorgestellt wurde:

Dieser Fall zeigt nämlich einen klinischen Befund, der bei der Atrophia maculosa noch nicht erhoben wurde und für die Ätiologie dieser Erkrankung ungemein wichtig erscheint, insofern er für das Angeborensein dieser Erkrankung entschieden spricht. Man sieht nämlich im Bereiche der meisten atrophischen Herde und zwar fast ausschließlich randständig, Gruppen von hirsekorngroßen, derben Knötchen mit schwarzen oder braunen Kuppen, die nichts anderes als lokalisierte Herde von Lichen pilaris-Knötchen sind. Die Knötchen stehen meistens ringförmig in mehrfachen Reihen um die atrophischen



Herde; die zwischen den nicht sehr zahlreichen atrophischen Herden gelegene Haut ist völlig frei von Keratosis pilaris, ebenso die Lieblingsstellen der Keratosis pilaris, wie Streckseiten der Oberarme und Oberschenkel; auch besteht keine Ichthyosis. Die bläulichen atrophischen Hautinseln selbst zeigen nur hie und da eine Lichenefflorescenz. Eine Erklärung für diesen äußerst interessanten Befund brauche ich wohl nicht zu geben. Ich hebe nochmals hervor, daß nur dort, wo die makulösen Atrophien bestehen, Keratosis pilaris vorhanden ist, die gesunde Haut ist völlig frei.

4. Einen Fall von typischer Purpura annularis Majocchi beider Unterschenkel mit bis kronengroßen Kreisen, die gegen die Mitte des Unterschenkels zu einer diffus gelbbraun gefärbten Hautpartie konfluieren, während, so lange sich Ringformen zeigen, nur das Zentrum dieser gelbbraun gefärbt erscheint. Am Übergange zeigen sich schöne Girlandenformen. Der rechte Unterschenkel zeigt nur Erythem durch Quarzlichtbehandlung, das vorläufig die Purpura unsichtbar gemacht hat.

Nobl demonstriert:

1. Eine dem Sitz und der Form nach seltenere Variante des Lichen ruber annularis. Es handelt sich um eine 43jährige verheiratete Frau, die seit 2 Monaten die Bildung mäßig juckender Stellen im Bereiche der Oberlippe, des Naseneinganges und an der Stirne verfolgt. Seit ganz kurzer Zeit melden sich ähnliche Herde über den Oberarminnenflächen. An den genannten Standorten sieht man teils kirschengroße, zierliche Ringe, teils Bogensegmente, welch' letztere beiderseits von den Nasenflügeln auf die Innenflächen übergreifen. Nähere Betrachtung lehrt, daß die Figuren aus kleinsten, kaum stecknadelkopfgroßen, kaum das Niveau überragenden, glatten, rötlichbraunen Knötchen bestehen. Die Ähnlichkeit der Aussaat mit mikropapulösen Luesformen ist eine frappante. Die Verwechslungsmöglichkeit mit Syphilis wird noch unterstützt durch zweifellos zugehörige lentikuläre Papeln am freien Rand und Innenfläche der großen Labien, sowie an der Außenseite der Kleinlippenreste. An diesen Stellen ist die Lichennatur ungemein verschleiert, denn statt der am weiblichen Genitale sonst beobachteten Einstreuung blauvioletter, polygonaler, zu Leisten angeordneter, hanfkorngroßer Blüten, handelt es sich bei der Patientin um veritable, erbsengroße, elevierte, im Zentrum durch Kratzeffekte leicht exkoriierte, weißliche Papeln. Auffällig ist nur deren besondere Derb-



heit und das begleitende intensive Jucken. Beachtenswert erscheint, daß die Flechte sich an keiner sonstigen Körperstelle meldet. Die Mundschleimhaut ist nicht in den Prozeß einbezogen. Hätte Patientin noch positive Seroreaktion, wäre die Unterscheidung womöglich noch schwieriger.

2. Einen Fall von Teerakne. Die an Brust, Abdomen, den Vorderarmen und besonders stark an den Beinen lokalisierte Eruption ist allenthalben schon im Abklingen begriffen. Differentialdiagnostisch käme — wie so häufig in ähnlichen Fällen — ein papulo-nekrotisches Tuberkulid in Frage, hauptsächlich wegen der vielfachen residualen Narbenbildung an den Arm- und Beinstreckseiten. Hier sieht man bei dem 15jährigen Schüler neben noch frischeren pustelgekrönten follikulären Knötchen braunrote Restinfiltrate und scharfkantige, braunumsäumte, seichte Narben. Patient soll im Dezember des Vorjahres an der Abteilung Ehrmann mit einem juckenden Hautleiden in Behandlung gestanden sein. Anzeichen des Ausgangsprozesses sind heute nicht zu gewahren.

Kerl verweist darauf, daß in letzter Zeit infolge des Steinkohlenteerzusatzes zur Wilkinson-Salbe follikuläre Entzündungserscheinungen bedeutend häufiger auftreten als dies früher der Fall war.

Perutz. Der von Professor Nobl vorgestellte Patient kam vor 6 Wochen auf die Abteilung meines Chefs, des Herrn Professors Ehrmann und hatte damals eine Skabies. Er wurde mit Unguentum Wilkinsoni behandelt. Nach dem Bade bemerkten wir bei dem Pat. an den Streckseiten der unteren und oberen Extremitäten zahlreiche Follikulitiden, die bald eintrockneten und ein den akneiformen Tuberkuliden ähnliches Bild zeigten. Es handelt sich hier um eine Affektion, die entweder durch den Teer oder durch die Vaseline des Unguentum Wilkinsoni, die beide in nicht mehr einwandfreier Weise erzeugt werden, hervorgerufen wurde. Wir haben des öfteren Gelegenheit gehabt, solche Erkrankungen zu beobachten. Da aber diese Follikulitiden, die den akneiformen Tuberkuliden ähneln, auch bei Behandlung mit Borvaselin auftraten und das gegenwärtige Vaselin noch Petroleumrückstände enthält, dürfte diese Affektion weniger auf den im Ung. Wilkinsoni enthaltenen Teer, als auf das petroleumhaltige Fett desselben zurückzuführen sein, so daß man eher von einer Petroleumals von einer Teerakne im gegebenen Fall sprechen kann.

Kerl demonstriert aus der Klinik Hofrat Riehl ein 17jähriges Mädchen, das seit einem Jahr an einer Hautaffektion leidet. Die Erkrankung, welche nur in der wärmeren Jahreszeit eine geringe Exazerbation aufweist, ist mit keiner subjektiven Beschwerde verbunden. Als die Patientin vor 20 Tagen zur Aufnahme kam, waren die Effloreszenzen etwas lebhafter rot und zeigten einige Tage später starke Abschilferung, die nunmehr bedeutend zurückgegangen ist. Man sieht nun besonders am Rücken und an den oberen Partien der Brust verschieden große, vorwiegend linsengroße Flecke, die fast durchwegs kreisförmig

sich abgrenzen und nur an den seitlichen Partien, in der Gegend der Axilla, etwas längsoval erscheinen. Durch Konfluenz sind große Herde entstanden, an deren Rändern man noch deutlich das Zustandekommen aus einzelnen Effloreszenzen erkennen kann. Die Makulae sind intensiv kaffeebraun und grenzen sich ohne erythematöse Randzone scharf von der normalen Haut ab. An der Oberfläche stellenweise klein lamellöse Desquamation. Unterschiede zwischen Peripherie und Zentrum bestehen in keiner Weise. Trotz der vorhandenen Ähnlichkeit mit Pityriasis versicolor ist hervorzuheben, daß bei dieser Affektion die Pilzuntersuchungen, die wiederholt vorgenommen wurden, stets negativ verliefen. Insbesonders mit Rücksicht auf dieses negative Untersuchungsergebnis wird die Affektion als identisch mit jener Erkrankung aufgefaßt, die Toyama im Jahre 1906 in der dermato-urologischen Gesellschaft in Tokio als Pityriasis circinata demonstrierte. In unserem Falle spricht hiefür der negative Pilzbefund, die vorwiegend kreisrunde Form, das Fehlen der Entzündungserscheinungen, vollkommen gleichmäßige Beschaffenheit an der ganzen Oberfläche der Herde; des weiteren fällt der negative Effekt der durchgeführten Schälung auf. Bei der histologischen Untersuchung findet man nur ganz geringe entzündliche Veränderungen und es fällt nur eine mächtigere Auflagerung von Hornlamellen auf. Der Pigmentgehalt ist weder in der Epidermis noch im Bindegewebe auffallend reichlich.

Sitzung vom 22. Februar 1917.

Vorsitzender: Ehrmann. Schriftführer: Stein.

Ehrmann hält einen warm empfundenen Nachruf für den verstorbenen Kollegen Doz. Dr. Schramek, der von den Anwesenden stehend angehört wird.

Schwoner demonstriert:

1. Einen 33jährigen Patienten mit Lupus erythematodes des Gesichtes und beider Ohrmuscheln; trotz mehrmaliger Behandlung Rezidiven. Wassermann negativ. Krankheitsdauer 7 Jahre.

2. Einen 43jährigen Patienten mit Neurofibromatosis Recklinghausen, welche auf die linke Thoraxhälfte und die linke untere Extremität lokalisiert ist. Krankheitsdauer angeblich 7 Monate. Die Knoten sind von rötlichbrauner Farbe, kleinlinsen- bis über haselnußgroß, auf der Unterlage verschieblich und von derber Konsistenz, einige derselben von etwas weicherer, wie z. B. ein am

rechten Unterschenkel subkutan gelegener, das Hautniveau fast gar nicht überragender Knoten. Pat. klagt über intensive, in kurzen Intervallen auftretende Schmerzen, namentlich in der linken unteren Extremität.

Sachs demonstriert:

1. Einen 39 Jahre alten Infanteristen, welcher das Krankheitsbild der idiopathischen Hautatrophie darbietet. Die hauptsächlichsten Veränderungen u. zw. alle Stadien der Erkrankung, finden wir an den Unter- und Oberschenkeln, weniger an den beiden Ellenbogen; auf den Fußrücken sehen wir massige, silberweiße Schuppenauflagerungen. Auf beiden Fußsohlen zeigt der Pat. schmutzig grauweiße, schuppige Auflagerungen, welche am stärksten entsprechend der großen Zehe und der Ferse ausgesprochen sind und eine Hyperkeratose darstellen. Die Hautatrophie besteht nach Angaben des Pat. 18 Jahre, die Hyperkeratose seit 6 Jahren.

2. Einen 40jährigen Infanteristen, welcher das Krankheitsbild der zirkumskripten Sklerodermie (Weißfleckenkrankheit, Morphoea guttata follicularis, White spot disease) darbietet. In der Nackengegend, oberen Rückenpartien, oberen Brustapertur, Trochantergegend, entsprechend der Raphe des Penoskrotalwinkels, finden sich zahlreiche, ungefähr linsengroße, teils ovale, ein wenig über das Hautniveau erhabene Flecke von schneeweißer bis elfenbeingelber Farbe, von einem zart rosaroten bis bläulichroten Hof (lilacring) umgeben. Diese Flecke zeigen im Vergleich zu ihrer Umgebung eine derb elastische Konsistenz, gruppieren sich größtenteils um einen oder mehrere Follikel und enthalten dementsprechend einen oder mehrere braungelbe Hornpfröpfe. Auf der Schleimhaut des harten Gaumens, rechts und links von der Raphe, insbesondere links, lassen sich unschwer zwei rötlichweiße, etwas elevierte, bohnengroße, elliptisch geformte Flecke erkennen. Die Hautaffektion veranlaßt nur mäßiges Jucken, über die Dauer der Erkrankung vermag Pat. keine Angaben zu machen, er wurde erst von seiner Frau auf diese Erkrankung aufmerksam gemacht. Die klinische Diagnose wurde auch histologisch bestätigt. Histologisch kann man schon bei den einzelnen Schnitten makroskopisch oder bei schwacher Vergrößerung eine dem weißen Flecke entsprechende, schwächer als die Umgebung gefärbte Partie von der Form einer Kugelkalotte unschwer unterscheiden. Die Grenze zwischen diesen beiden Teilen wird durch eine nach oben konkave, sich eng an die Kugelkalotte anschließende, hauptsächlich aus Rundzellen bestehende, entzündliche Re-

aktionszone gebildet. Innerhalb dieser sind die Bindegewebsfasern sehr dicht, zart und kernarm, zum Unterschiede von den dicken Bindegewebsbündeln der Umgebung; es findet ein Abbau des Gewebes statt. Die elastischen Fasern sind nur in der subepithelialen Schichte und in der Tiefe erhalten, der Papillarkörper abgeflacht. Differentialdiagnostisch kommen perifollikuläre Flecke nach Akneprozessen, welche aber narbenähnliche Atrophien darstellen, in Betracht; vielleicht auch manche Formen des Lichen sclerosus (Lichen ruber atrophicans). (Demonstration von histologischen Präparaten.)

Scherber demonstriert:

1. Einen 11 Jahre alten Knaben mit Favus. Patient zeigte bei seiner Aufnahme auf meine Abteilung vor fünf Tagen die noch jetzt bestehende Aussaat von Effloreszenzen, die damals völlig das Aussehen eines Herpes tonsurans hatten; eine Anzahl von Effloreszenzen auf Stirne und Wangen, eine reichliche disseminierte Aussaat auf den Extremitäten und am ganzen Stamm. Die einzelnen Herde heller- bis fast kronengroß, rundlich oder oval scharf, leicht unregelmäßig begrenzt, auf entzündlich roter, geschwellter, leicht unebener Basis disseminierte, kleinste Bläschen und in Ablösung begriffene weißlichgraue Schuppen. Seit zwei Tagen änderte sich nun das Bild insoferne, als auf der Mehrzahl der Herde in ungewöhnlich rascher Entwicklung verschieden reichlich stecknadelkopf- bis fast linsengroße, schwefelgelbe Skutula auftraten; mikroskopisch finden sich in den Schuppen massenhaft Pilzfäden mit der reichlichen Bildung rechteckiger Sporen. Der klinische wie der mikroskopische Befund ergeben die Diagnose eines Favus, dessen genauere Bestimmung die Kultur ergeben wird. An dem Falle ist bemerkenswert, daß nur der Körper befallen ist, während der behaarte Kopf völlig frei erscheint; dieser Umstand erinnert mich an eine Familie, wo alle vier Kinder von einer Katze nur am Stamm mit Herden von Favus herpeticus, wie der heute demonstrierte Fall, infiziert waren; damals konnte als Erreger das Achorion gypseum festgestellt werden.

2. Einen 58jährigen Mann mit Ichthyosis, die durch die verschiedene Form und Intensität ihrer Erscheinungen Interesse bietet. Während Kopf, Gesicht und Hals normal erscheinen, ist das Epithel von Brust und Rücken, in den Achselfalten und der Streckfläche der Arme auffallend trocken und rauh, verdickt, die Felderung abnorm deutlich ausgeprägt. Zu diesen Erscheinungen der Ichthyosis simplex, die besonders über den Ellbogengelenken zu auf-



fallender Verdickung und weißgrauer Verfärbung des Epithels führt, gesellen sich am Rücken einzelne kleine Angiome, ein größeres Fibroma pendulum und an den Streckflächen der Arme sinnfällige Symptome der Erythromelie. Während die oberen Bauchpartien fast frei erscheinen, finden sich in den Lendengegenden und am Unterbauch die Erscheinungen einer Ichthyosis follicularis deutlich ausgeprägt, indem zwischen einer sonst fast freien Haut die Follikel durch überragende, weißlich gefärbte, sich hart anfühlende Hornpfröpfe deutlichst sichtbar hervortreten. An den Streckflächen der Ober- besonders aber der Unterschenkel tritt die Ichthyosis wieder in diffuser Form durch Verdickung, Härte, Rauheit der durch tiefere Furchen getrennten großen Epithelschuppen in die Erscheinung. Zu diesen diffusen und follikulären Ichthyosiserscheinungen treten als seltenes Symptom auffallende Veränderungen an Palmae und Plantae. Während die Dorsa von Händen und Füßen etwas livid verfärbt sind und ein diffus mäßig verdicktes Epithel aufweisen, sind Palmae und Plantae samt Fingern und Zehen von einer diffusen, plattenförmig verhornten, gelbgrau verfärbten, mächtigen Epithelverdickung eingenommen. Nach Angabe des Patienten bestehen die gesamten Veränderungen, besonders die an den Händen und Füßen, seit dem 17. Lebensjahre.

Riehl. Ich möchte den Fall als atypisch lokalisierte Ichthyosis vulgaris bezeichnen. Daß der Pat. angibt, erst mit dem 17. Jahre die Hautanomalie bemerkt zu haben, darf nicht Wunder nehmen, weil ihm wahrscheinlich erst bei schwerer Arbeit in diesem Lebensalter die Symptome lästig wurden. Solche nicht gerade häufige Fälle verdienen vermerkt zu werden, weil ja ihre Einteilung in die Gruppen der Verhornungskrankheiten keineswegs immer ganz leicht ist. Fälle von Ichthyosis der Hand- und Fußflächen oder der großen Gelenksbeugen sind ohne weiteres klar, wenn sie in Ichthyosis vulgaris-Familien vorkommen. Schwieriger erscheint die Bestimmung, wenn keine weiteren Beobachtungen vorliegen, da auch andere ererbte oder erworbene Keratosen in Frage kommen so z. B. die tardiven Fälle von Ichthyosis sowie Keratosis congenita u. a.

Scherber. Diesen Fall von Ichthyosis habe ich mir gerade deshalb vorzustellen erlaubt, weil neben den diffusen Erscheinungen einer Ichthyosis simplex sich solche einer Ichthyosis follicularis in besonders auffälliger Form ausgeprägt finden und daneben die diffusen ichthyotischen Verhornungserscheinungen an Palmae und Plantae, welch' letztere zu den Seltenheiten gehören, bestehen. Was die Zeit des Beginnes der Affektion anbelangt, so versichert Patient entschieden, daß die Veränderungen, besonders die sinnfälligen Erscheinungen an Händen und Füßen, bestimmt im 17. Lebensjahre aufgetreten seien. Nach meiner Meinung, die ich bereits vor mehreren Jahren gelegentlich der Vorstellung eines Falles hier vertreten habe, ist jede Ichthyosis in ihrem Wesen ein angeborener Prozeß; ich muß aber bemerken, daß in ihrem Wesen angeborene, näviforme Prozesse auch anderer Natur, wie die Urticaria pigmentosa, erst in späteren Jahren, besonders um die Pubertät, in Erscheinung treten können.



3. Einen 53jährigen Mann mit den Erscheinungen eines Lupus erythematodes im Gesicht und an den Ohren. Scheibenförmige, rotbraune, von schmutziggrauen Schuppen gedeckte Herde auf der Nasenspitze, symmetrisch auf beiden Wangen und an den zum Teil atrophischen, an den Rändern narbig gekerbten Ohrmuscheln. Auf $^1/_2$ *mg* Alttuberkulin nur deutliche Reaktion an der Einstichstelle, keine allgemeine, keine lokale Reaktion.

4. Der folgende Fall demonstriert die ausgezeichnete Heilwirkung der Bestrahlung mit künstlicher Höhensonne auf tuberkulöse Geschwürsprozesse. Der 16 Jahre alte Militärkutscher wurde vor ungefähr drei Monaten mit einem handtellergroßen Geschwür, das durch Zerfall der kruralen Drüsen am Oberschenkel links entstanden war, in Behandlung genommen. Das Geschwür senkte sich stellenweise walnußtief ein, wies unterminierte Ränder und einen mißfärbig belegten Grund auf. Patient wurde fast täglich in der Dauer von 5 bis schließlich 40 Minuten unter Abdeckung der Umgebung in einer Entfernung von 80 *cm* bestrahlt. Die Wunde reinigte sich, granulierte aus und ist heute bis auf zwei kleine, linsengroße, noch etwas sezernierende Stellen mit einer fast 3 *cm* breiten, unregelmäßig verlaufenden, an den Rändern etwas pigmentierten, festen Narbe ausgeheilt.

5. Ein 13jähriges Mädchen, das die Erscheinungen der kolliquativen Hauttuberkulose mit besonderer Lokalisation darbietet. Der seit ungefähr zwei Monaten bestehende Prozeß ist nur an der vorderen Brustwand lokalisiert und besteht aus einem kreuzergroßen Infiltrat am Jugulum und zwei Infiltraten von mehr ovaler Form, 2 zu 3 *cm* im Durchmesser, zu beiden Seiten des Manubrium sterni. Diese Infiltrate nehmen nur die Haut und das darunterliegende Bindegewebe ein, sind an Knochen nicht adhärent, scharf umgrenzt, von entzündlich rotbrauner Farbe, sind sie leicht vorgewölbt, zeigen sich in den tieferen Schichten erweicht, fluktuierend; mit der Sonde kann man leicht in das matsche Gewebe eindringen. In der Mitte der unteren Hälfte des Corpus sterni findet sich ein ungefähr fünfkronenstückgroßer, durch Konfluenz zweier zerfallender Infiltrate entstandener Substanzverlust — man sieht noch Reste der einst trennenden Gewebsbrücke — der sich als tiefes, im ganzen flaches, unebenes, mißfärbig belegtes, aus matschem Gewebe bestehendes Geschwür darstellt, dessen Grund am Periost adhärent, dessen aufgeworfene Ränder von einem jungen Granulationsgewebe gebildet werden. In der Umgebung sieht man noch vier



kleinere Infiltrate, von denen das eine sich als ein in der Subkutis gelegener, über erbsengroßer Knoten darstellt, die Haut darüber leicht bräunlich verfärbt, während die drei anderen den oben geschilderten, nicht exulzerierten Infiltraten gleichen. Auf $^1/_2$ *mg* Alttuberkulin deutliche Reaktion an der Einstichstelle und Entwicklung eines fast guldengroßen Infiltrats, deutliche Reaktion aller Herde auf der Brust in Form von lebhafter Rötung und Schwellung, keine allgemeine Temperatursteigerung. Wassermann-Reaktion negativ. Die interne Untersuchung ergibt eine Infiltration älteren Datums der rechten Lungenspitze, die Röntgenuntersuchung eine deutliche Vergrößerung der Hilusdrüsen. Es ist anzunehmen, daß der Hautprozeß von den internen Herden auf hämatogenem Wege entstanden ist.

6. Ein 20jähriges Mädchen, das verschiedene Formen der Hauttuberkulose gleichzeitig darbietet. Es findet sich in der rechten Axilla ein handtellergroßer, vernarbender Lupusherd, in der linken Kubitalgegend ein trichterförmig sich einsenkender Skrophulodermherd, von der Kubitaldrüse ausgehend, im medialen Anteil der linken Palma ein guldengroßes, braunrotes, derbes, von intaktem Epithel gedecktes, plattenförmig gestaltetes und so hervortretendes Infiltrat, das im Zentrum vernarbende Ringform aufweist, an beiden Unterschenkeln typische Herde von Erythema induratum Bazin und daneben zahlreiche Narben von nach Exulzeration ausgeheilten solchen Effloreszenzen und am Dorsum beider Füße tuberkulöse Knochenherde, die, auf die Haut übergreifend, hier teils schon vernarbende, teils fortschreitende, exulzerierende Infiltrate erzeugt haben.

Popper demonstriert:

1. Einen 49jährigen Mann, der vor 6 Jahren im allgemeinen Krankenhause und im Wiedener Spital wegen Sklerose in Behandlung stand, seither keine spezifische Behandlung durchgemacht hat. Seit ungefähr 1 Jahr entwickelt sich am weichen Gaumen ein Geschwür mit spontanen Remissionen; auf mehrwöchentliche Jodbehandlung keine Besserung. Derzeit findet sich ein den ganzen weichen Gaumen einnehmendes Geschwür mit scharfen, unregelmäßig brüchigen, z. T. sehr steilen Rändern, grob granuliertem, teils eitrig, teils fibrinös belegtem Grund, dunkelrot verfärbt, stellenweise, besonders gegen den rechten Gaumenbogen zu und ober der Uvula die Randpartien stärker geschwollen und deutlich infiltriert, sonst jedoch die Konsistenz nicht wesentlich vermehrt. Histologische Untersuchung ergibt das

typische Bild des Karzinoms. Keine Drüsenschwellung tastbar. Pat. wird zur Radiumbehandlung empfohlen.

2. Einen 22jährigen Mann, der an beiden Händen und Füßen, zum Teil in symmetrischer Anordnung, einige kronenstück- bis fünfkronenstückgroße, scharf begrenzte, flach elevierte, in der Kutis eingelagerte Tumoren mit glatter, plateauförmiger oder leicht gedellter Oberfläche, von kautschukartiger Konsistenz zeigt. Bis auf geringe Schuppung keine Oberflächenveränderungen. Die Farbe ist bläulichrot und zwar die etwas eingesunkenen zentralen Partien mehr bläulichgrau, die Randpartien mehr hellrötlich. Bei Anämisierung keine Restfarbe. Überdies an beiden Unterarmen und Unterschenkeln u. zw. an der Radial- und Ulnarseite, bzw. an der Hinterseite, in Reihen übereinander stehend, dem Verlauf der großen Lymphstränge entsprechend, mehrere flachkuppelige. in die Haut eingelagerte, ungefähr bohnengroße, derbe Tumoren, die derbere Konsistenz und einen mehr bräunlichen Farbenton aufweisen und bei Anämisierung ein deutliches strohgelbes Infiltrat erkennen lassen. Wenn auch schon mit Rücksicht auf die Gebilde an Unterarmen und Unterschenkeln, die tuberkulöse Natur der Tumoren an Händen und Füßen, kaum anzuzweifeln ist, so fällt doch die nähere Klassifikation schwer. Lupus vulgaris ist mit Rücksicht auf den Mangel jeglicher Knötchenbildung, Skrofuloderma mangels jeglicher Nekrose, Tuberculosis verrucosa cutis bzw. Lichenwarzen mangels jeder Andeutung verruköser Bildung wohl auszuschließen; es bleibt wohl nur übrig, einen Fall „benigner Hauttuberkulose" anzunehmen, der nicht mit den sonst beschriebenen Typen übereinstimmt. Die bei dem Pat. röntgenologisch und perkutorisch nachweisbare Affektion beider Spitzen, Vergrößerung der Hilusdrüsen, die bezüglich Tuberkulose positive Familienanamnese würde den Befund ergänzen.

Sachs. Die Affektion an den Fingern hat eine gewisse Ähnlichkeit mit dem von Galewsky publizierten Fall von Tumores sarcoidei benigni; sicherlich liegt hier ein Granuloma vor, welchem allerdings die elfenbeinweiße Farbe des Granuloma annulare fehlt und durch die venöse Stase (Congelatio) vermutlich verdeckt wird.

Nobl demonstriert:

1. Einen Fall von Schleimhauttuberkulose der Unterlippe bei einem 32jährigen Beamten. Vort. hatte schon vor 2 Jahren Gelegenheit, den Kranken zu sehen. Damals handelte es sich um die Entscheidung, ob ein nahe dem l. Mundwinkel sitzendes, etwa bohnengroßes Geschwür als luetische Früherscheinung anzusprechen sei. Diese Auffassung leitete einen auswärtigen Kollegen, der auch intra-



venöse Salvarsaninjektionen vorausgeschickt hatte. Die Beschaffenheit des Substanzverlustes ließ über die Ätiologie keinen Zweifel aufkommen. In der Zwischenzeit mußte Pat. ein Jahr dienen. Erst wiederholte Konstatierungen führten zur Superarbitrierung. Man sieht heute den bedeutend fortgeschrittenen Prozeß. Die Schleimhaut der geschwellten Unterlippe ist an der Dentalfläche der linken Hälfte von einem pflaumengroßen, gezacktrandigen, leicht unterminierten Geschwür mit unebenem, blassen Grund eingenommen. Die Geschwürsfläche von dünnflüssigem Eiter bedeckt. Die Umgebung mäßig infiltriert, der ganze Herd spontan und auf Druck äußerst schmerzhaft. Seit 1 Jahr bedeutende Gewichtsabnahme. Magendarmerscheinungen bestehen nicht. In den Geschwürssäumen sind Tuberkelbazillen nachgewiesen worden.

2. Das Bild des Erythema indurativum Bazin in der platten- und strangförmigen Type bei einer 42jährigen Frau. Das seit 3 Jahren bestehende Leiden zeigt die bekannte Einlagerung nuß- bis kindsfaustgroßer, scharf abgesetzter, rotbrauner Verdichtungsherde an den Unterschenkeln bis in Wadenhöhe. Braunpigmentierte eingezogene Stellen und narbig veränderte Flecke gleicher Ausdehnung weisen auf Rückbildungsformen des gleichen Zustandes hin. Daneben sind von Knoten ausgehende, fingerdicke Stränge an größeren Subkutanstrecken zu tasten.

3. Rückbildungserscheinungen an einem Fall von Sarkoid Boeck der Tumorform. Die 37jähr. Kranke wird im Jahre 1914 mit multiplen, blauroten, durchscheinenden, bohnen- bis nußgroßen Knoten der Ohrläppchen, Stirne, Augenbrauenbogen und Wangen in der Gesellschaft vorgestellt. Die Diagnose: benignes Miliarlupoid schien im Gewebsverhalten gestützt, der Blutbefund widerlegte nicht diese Deutung. Arsen, intern verabreicht, bewirkte restlose Rückbildung aller Herde. Vor $1^1/_2$ Monaten stellte sich Patientin mit Rezidiverscheinungen vor. An der Glabella, den Brauenbogen und der l. Temporalgegend saßen über haselnußgroße, bläulich schimmernde, von glatter, glänzender Haut überspannte, derbe, in die Kutistiefe eingelassene Knoten, die im Verlauf zweier Monate zur Entwicklung gelangt waren und, von der kosmetischen Störung abgesehen, keinerlei Beschwerden verursachten, auf neuerliche Arsenmedikation reagierten die Infiltrate schon nach 4 Wochen mit weitreichender Rückbildung. Jetzt sieht man nur mehr über dem r. Brauenbogen ein erbsengroßes Knötchen. An allen sonstigen Standorten, namentlich an der l.

Schläfe, blaugrau verfärbte, deutlich eingesunkene, leicht gefaltete Flecke.

4. Ein neuroparalytisches Geschwür der rechten Sitzbacke bei einem 30jährigen Blinden. In der Nähe des Sitzhöckers ist ein faustgroßes, in die Glutealmuskulatur reichendes, von kallösen Rändern umsäumtes Mal perforant zu gewahren. Patient steht seit einem Jahre in Behandlung. Es bestehen Blasenstörungen, Paraesthesien, Fehlen der Patellarreflexe. Die Erblindung war im 6 Lebensjahre im Anschluß an eine eitrige Panophthalmitis entstanden. Eine antiluetische Kur hatte keinen Erfolg. Ebenso trotzt das Geschwür allen lokalen Prozeduren. Für Tabes keine genügenden Anhaltspunkte. Auch der rein neuritische Ursprung sehr unwahrscheinlich. Am Röntgenschirm findet die Vermutung eines Zusammenhanges mit Spina bifida oculta insofern eine Stütze, als der 4. gegen den 5. Lendenwirbel stark geneigt ist und in diesem Abschnitt mangelhafte Bogenbildung besteht. Vielleicht wird die histologische Untersuchung genauere Aufklärung gewähren.

5. Eine eigenartige, mit kleinsten Verdichtungsherden einhergehende, vaskuläre Störung des Gesichtes bei einer 72jährigen Frau. Die an seniler Atrophie der Hände, präkankeröser Melanodermie und Altersangiomen leidende Frau bietet im Bereiche der Wangen, an der Nase, den Lippen und am Kinn eine feinareolierte, blauviolette, düstere Zeichnung. Die Maschen dieser Figur bestrahlen stark erweiterte, präkapillare, stark blutgefüllte Gefäße. An vielen Stellen des derart vaskulierten Gebietes sind hirsekorn- bis erbsengroße, sehnig weiße, etwas vortretende, wie sklerodermatische Stellen eingestreut. Das Bild erinnert an die Poikilodermia vasculosa, zumal zu der Läsion noch braune Flecke vom Typus der präkankerösen Melanodermie, flache, senile Warzen und kleine Angiome hinzutreten. Der Prozeß soll angeblich erst seit 2 Monaten bestehen.

Kyrle demonstriert jene Patientin, die von ihm in der Festschrift für Finger (Arch. f. Dermatol. u. Syph., Bd. CXXIII, 3. Heft) unter dem Namen Hyperkeratosis follicularis et parafollicularis in cutem penetrans bereits ausführlich publiziert wurde. Bei der Kranken, die vor mehr als einem halben Jahre in fast völlig geheiltem Zustand die Klinik verlassen hatte — von Hornkegeln war fast nirgends mehr etwas nachzuweisen gewesen, überall fanden sich an Stelle der größeren Herde Narben — zeigte sie jetzt bei der Neuaufnahme ein ganz besonders intensiv entwickeltes Rezidiv. Die oberen und unteren Extremitäten, insbesondere entsprechend den Streckseiten



derselben, Rücken, Brust und Bauch waren übervoll mit Effloreszenzen, die ganz dieselben Charaktere darboten, wie sie seinerzeit beschrieben worden waren. Anch im Gesicht fanden sich zahlreiche Effloreszenzen. Kyrle faßt die eigenartigen klinischen und insbesondere pathologisch-anatomischen Merkmale, darunter das immer wieder festzustellende Phänomen des durch die Epidermis in die Kutis durchbrechenden Hornkegels, zusammen und vertritt wieder den Standpunkt, daß hier wohl eine Erkrankung ganz besonderer Art vorliegt, wie sie ihm bisher als beschrieben nicht bekannt ist. Was die Stellung der vorliegenden Dermatose im System anlangt, so glaubt Kyrle, daß sie am nächsten der Psoropsermosis Dariers zu bringen wäre.

Riehl. Der Fall, dessen in toto außergewöhnliches Bild sehr auffällig ist, erinnert im einzelnen an Psoriasis und Lichen ruber verrucosus, vielleicht auch an Dariers Krankheit. Die Entstehung der einzelnen Krankheitsherde aus roten kleinen Papeln spricht für die ersteren Krankheiten, die periphere Ausbreitung speziell für Psoriasis. Noch interessanter erscheint mir der geschilderte anatomische Bau der Effloreszenzen. Ich habe dieses Bild der scheinbar in die Kutis einwachsenden Hornkegel weder bei Lichen ruber noch bei Psoriasis verrucosa jemals gefunden, es ist mir aber bekannt von älteren Lichen pilaris- und Lichen scrophulosorum-Knötchen. Bei der starken Verhornung der Lanugobälge kommt es nicht selten zum vollständigen Schwund der Reteschichten des Haarbalges — die Hornzyste stößt unmittelbar an das umgebende Korium und erzeugt dort Fremdkörperwirkung mit Riesenzellenbildung etc. Daß bei exzessiven Keratosen auch ein Umwachsen von Kutisteilen vorkommt, habe ich bei Keratosis congenita gesehen — Riecke — wo man manchmal noch zwischen dicken Hornlamellen abgetrennte und vertrocknete Teile der Papillarschichten eingeschlossen findet.

Scherber. Der demonstrierte Fall macht auf den ersten Blick nach der Verteilung, Anordnung und dem Aussehen der Effloreszenzen den Eindruck einer Psoriasis vulgaris und zwar erinnert die Patientin an jenen Fall von Psoriasis vulgaris, den Kroph und v. Zumbusch vor mehreren Jahren demonstriert haben, dessen allerdings lokalisierte sukkulente Effloreszenzen mit den des hier demonstrierten klinisch große Ähnlichkeit hatten.

Kyrle verweist nochmals auf seine ausführliche Publikation: die Differenzen gegen Psoriasis vulgaris seien, insbesondere was die anatomische Struktur anlangt, so enorme, daß man bei einem Versuche, die Erkrankung wegen einiger klinischer Ähnlichkeiten damit zu identifizieren, das ganze wohl umschriebene Krankheitsbild der Psoriasis zerstören würde. Die histologischen Untersuchungen wurden selbstverständlich an großen Schnittserien angestellt, wodurch jede Täuschung bezüglich des Durchbruches der Hornkegel ausgeschlossen erscheint.

Oppenheim demonstriert:

1. Ein achtjähriges Kind mit einem ausgebreiteten Lichen scrophulosorum. Auf der Bauchhaut, spärlicher auf der Haut der Brust und des Rückens, sieht man zahlreiche Gruppen von braunen, hirse- bis hanfkorngroßen Knötchen mit nur geringer Neigung zur Konfluenz. An der Unterbauchgegend mehrere ovale, braunrote Plaques,

zum Teile schuppend, an deren Peripherie analoge Knötchen sich finden (Eczema scrophulosorum). Am Rücken dieselben Veränderungen mit reichlicher Abschuppung. Die Schuppung ist eine kleienförmige, isolierte, den Knötchen entsprechend, die einzelnen Schuppen haften fest auf der Spitze der Knötchen. Die Differentialdiagnose gegenüber Lichen syphiliticus und Pityriasis rosea ist nicht leicht und nur mit Rücksicht auf die annähernd gleiche Größe der Knötchen, auf die Schuppung und auf die vorhandenen Zeichen einer Tuberkulose (Coxitis und Lymphomata colli) zu stellen.

2. Eine 19jähr. Maschinenarbeiterin mit einer schweren Dermatitis artificialis bullosa beider Handrücken und Vorderarme. Man sieht beiderseits am Handrücken, auch über die Streckseite und Beugeseite der Vorderarme reichend, rechts ausgedehnter und intensiver als links, die Haut bedeckt mit dichtgedrängten Blasen von Hanfkorn- bis Haselnußgröße. Die Haut in der Umgebung nur wenig gerötet. Die Grenzen der Affektion sind zum größten Teil scharf, nur an einzelnen Stellen findet man isoliert stehende, klare Bläschen. Die Ursache dieser schweren artifiziellen Dermatitis war die längerdauernde Berührung der Haut mit einem in Maschinenschmieröl getränktem Tuche, mit dem die Patientin vor 5 Tagen ihre Maschine schmierte. Das jetzt zur Kriegszeit gebrauchte Schmieröl reizt die Haut viel stärker als das zur Friedenszeit gebrauchte, so daß ich jetzt häufigere und schwerere Schmierölschädigungen der Haut, wie Akne, Impetigo und Ekzeme, beobachten kann.

3. Aus der dermatologischen Abteilung des Vereinsreservespitales Nr. 1 einen wohlausgebildeten Fall von Fibroma molluscum (Morbus Recklinghausen) bei einem bosnischen Soldaten, der zahlreiche Fibrome, über die ganze Körperhaut zerstreut, in den verschiedensten Stadien der Entwicklung und des Schwundes und in den verschiedensten Größen zeigt, sowie Pigmentierungen von Hanfkorn- bis zu Kindsflachhandgröße. Mit Rücksicht auf den hier vorher demonstrierten Fall dieser Krankheit möchte ich bemerken, daß Pigmentierungen in keinem Fall von echtem Fibroma molluscum fehlen und auch in den Formes frustes immer vorhanden sind.

4. Den in der letzten Sitzung vorgestellten Fall von Purpura annularis teleangiectodes, bei dem das eine Bein mit Quarzlicht behandelt wurde. Schon nach dreimaliger Bestrahlung und nach Abklingen des Erythems war die Affektion auf der bestrahlten Seite vollständig



geschwunden, was gegen das Vorhandensein von Teleangiektasien und für die große Oberflächlichkeit dieser Affektion spricht.

Sitzung vom 22. März 1917.

Vorsitzender: Ehrmann. Schriftführer: Stein.

Sachs demonstriert den von Herrn Dr. Schwoner in der Sitzung vom 14./XII. 1916 mit der Diagnose Erythrodermie en plaques vorgestellten Patienten nochmals, weil in der damaligen Sitzung von den Herren Prim. Rusch, Herrn Professoren Ehrmann, Oppenheim und Grosz diese Diagnose nicht anerkannt, sondern als idiopathische Hautatrophie gedeutet wurde. Im Schlußwort habe ich allen genannten Herren erwidert, daß dieser Patient in diesem Stadium das Bild der idiopathischen Hautatrophie nicht darbietet, wenngleich zugegeben werden muß, daß die Haut trocken, schuppend, am Oberarm leicht gefältelt eine Atrophie vortäuschen, aber in Wirklichkeit nicht atrophisch erscheint. Ich habe weiters hinzugefügt, daß es ja möglich wäre, daß sich aus dieser Erythrodermie eine Atrophie entwickeln könnte, aber heute (am 14./XII. 1916) kann ich keine andere Diagnose als Erythrodermie stellen. Keineswegs ist dieser Fall als Erythrodermie pityriasique en plaques disseminées Brocq zu bezeichnen. Außer diesem Patienten habe ich heute zum Vergleich noch einen zweiten Patienten mitgebracht, den ich gleichfalls in dieser Gesellschaft bereits demonstriert habe und welcher das Krankheitsbild der idiopathischen Hautatrophie darbietet.

Die histologischen Präparate, welche ich mir heute von dem Erythrodermiefall zu demonstrieren erlaube, hatten sowohl Herr Hofrat Professor Paltauf als auch Professor Joannovics die besondere Liebenswürdigkeit durchzusehen und konnten auf Grund des histologischen Befundes — Herr Hofrat Paltauf hatte auch den Patienten gesehen — eine Hautatrophie ausschließen. Es besteht außer einer mäßigen Hyperkeratose und Parakeratose eine ziemlich starke Akanthose, im Papillarkörper tief in das Korium reichend und nach unten zu nahezu geradlinig begrenzt, breitet sich ein dichtes, entzündliches Zellinfiltrat aus, in welchem keine von den gewöhnlichen Zellarten prävaliert. An einzelnen Stellen hat man den Eindruck eines beginnenden Granulationsgewebes. Die Gefäße sind ein wenig verdickt, im Zellinfiltrat reichlich freies, gelblichbraunes Pigment und solches auch in Zellen eingelagert.

Die elastischen Fasern sind entsprechend dem zelligen Infiltrat rarefiziert.

Das klinische Bild im Zusammenhalt mit dem histologischen Befund gestattet heute wie in der Sitzung vom 14./XII. keine andere Auffassung als die einer Erythrodermie en plaques, eine Bezeichnung, welche ja nichts präjudiziert, aber auch gleichzeitig besagt, daß ich zur Zeit dieses Krankheitsbild in keine der bekannten Gruppen einreihen kann und doch am besten damit charakterisiere. Nur bei flüchtiger Betrachtung kann man den Eindruck einer atrophischen Haut gewinnen, in Wirklichkeit besteht eine trockene, schuppende, etwas gefältelte, aber dabei doch infiltrierte, braunrot gefärbte, in Herden angeordnete Dermatitis (Erythrodermie). Die Dermatose besteht seit zwei Jahren, in den letzten zwei Monaten sind die Lymphdrüsen in der Kubitalgegend und besonders in der Leistengegend beiderseits vergrößert und derb, während sie früher kaum zu tasten waren.

Zusammenfassend kann ich sagen, daß eine idiopathische Hautatrophie sowie überhaupt eine atrophisierende Dermatitis nach dem heutigen Bilde und dem histologischen Befunde auszuschließen ist.

Riehl. Das histologische Präparat zeigt eine dichte Zellinfiltration der Papillen und der Subpapillarschichte in nach unten auffällig scharfer Abgrenzung; keine Zeichen der Atrophie und auch nicht die Verhältnisse, wie sie den Erythrodermien entsprechen, welche der idiopathischen Hautatrophie vorauszugehen pflegen. Da auch das klinische Bild keine Atrophie erkennen läßt, trotzdem der Zustand seit 2 Jahren besteht, kann ich es nicht den Hautatrophien oder ihren vorläufigen Entzündungsformen zuzählen.

Oppenheim demonstriert:

1. Einen Fall von Adenoma sebaceum des Gesichtes mit gleichzeitiger Fibromentwicklung am Halse, an den Schultern und verschiedenen Pigmentflecken am Körper. Im Gesichte des Patienten, um die Nasenwurzel, an den Wangen, am Kinn zeigen sich zahlreiche rotgelbe bis dunkelrote, hanfkorngroße Knötchen, zum Teile auch zahlreiche Ektasien dichtest gedrängt und auch etwas größere, bis erbsengroße, härtlichere Knötchen zu beiden Seiten des Halses und in der Klavikulargegend zahlreiche weiche Fibrome, zum Teil nur mehr als leere gefältelte Hauttaschen sichtbar, außerdem am Körper Lentigines, ephelidenähnliche Pigmentationen und größere braune und schwarze Pigmentflecken.

Der Fall illustriert sehr lehrreich das gleichzeitige Vorkommen von Adenoma sebaceum mit Fi-



broma molluscum. Deshalb zeigt O. nochmals den in der letzten Sitzung vorgestellten Fall von ausgeprägtem Fibroma molluscum mit einem geringeren Grad von Adenoma sebaceum, bei dem Nobl auf das gleichzeitige Vorkommen beider Krankheiten hingewiesen hat. Es ist auch dieses gleichzeitige Vorkommen gar nicht verwunderlich, da ja beide Affektionen als nävusartige Bildungen der Haut in weiterem Sinne aufzufassen sind.

Riehl. Die beiden demonstrierten Fälle geben neuerdings einen Beleg für die von mir schon seit langer Zeit vertretene Ansicht, daß Morbus Recklinghausen und Nävus Pringle den Mißbildungen der Haut zuzuzählen sind, also in den Begriff Nävus im weiteren Sinne einbezogen werden müssen. Interessant ist dabei, daß es sich bei beiden hier kombinierten Krankheiten um Mißbildungen des bindegewebigen Hautgerüstes handelt. Daß sowohl die eine als die andere Krankheit sich mit anderen Mißbildungsformen kombinieren können (Pigmentanomalien, Knochendefekte, Spaltbildungen, Zahnanomalien, Schleimhautveränderungen etc.), die nicht vom Stützgewebe abhängen, ist ja häufig betont worden. Im Vergleich zum Nävus im engeren Sinne, der ja auch durch Beteiligung des Ekto- und Mesoderms gebildet werden kann, ist der Umstand auffallend, daß häufig erst im späteren Leben z. B. in der Pubertätszeit diese Bildungsanomalien deutlich in Erscheinung treten.

2. Einen Soldaten mit Psoriasis vulgaris verrucosa in typischestem und ausgedehntestem Grad an den Streckseiten der Extremitäten. Namentlich an den Ellbogen- und Kniegelenken findet man ausgedehnte, konfluierte Herde von Psoriasis vulgaris, deren Oberfläche nicht die lamellöse Abschuppung zeigt, sondern warzig beschaffen ist. Die Oberfläche ist ungemein derb, reibeisenähnlich, schmutzig graubraun bis schwarz gefärbt, die Haut selbst ungemein verdickt und grobwarzig zerklüftet; die Peripherie dieser Herde leicht rot gesäumt. Vereinzelte nummulare Effloreszenzen an den Nates und am Stamm zeigen das normale Bild der progredienten Psoriasis vulgaris, wie sie offenbar später dazu getreten ist. Die Ursache dieser ausgedehnten warzenähnlichen Beschaffenheit liegt in der Verwendung von Salbe, die mit unreinem Vaselin bereitet war, das zu warziger Hyperkeratose der Haut führen kann.

3. Drei Fälle von „schwarzer Haarzunge" (Lingua pilosa nigra) in verschiedenen Graden.

Der erste Fall, der am stärksten veränderte, zeigt fast die ganze Zungenoberfläche schwarzbraun, die Papillae filiformes in toto bis zu 5 *mm* verlängert. Die Höhe der Papillen nimmt von der Mitte gegen die Peripherie der Zunge ein wenig ab. Mit einem Spatel lassen sich die braungefärbten Papillen wie Haare hin- und herbewegen.

Der zweite Fall zeigt die Zungenoberfläche mehr braunrot, die Papillen weniger lang, hauptsächlich auf dem Dor-



sum der Zunge; der dritte Fall die Zungenoberfläche mehr gleichmäßig braun und die Papillae filiformes nur in geringem Grade elongiert, aber ebenfalls beweglich.

Diese drei Fälle wurden künstlich hervorgerufen und zwar zwei durch zweimal tägliche Pinselung mit Tinctura Ratanhiae et Gallarum $\overline{aa}$ durch 14 Tage, der eine Fall durch Tinctura Ratanhiae allein. Vor der Pinselung waren die drei Zungenoberflächen normal.

Die Ätiologie der „schwarzen Haarzunge" war bisher ungeklärt. Es gab eine parasitäre Theorie, eine Hypothese der chronischen Reizung durch Tabak, Chromsäure etc., ferner eine dystrophisch-nervöse und schließlich auch eine luetische Pathogenese. Für keine wurden bisher stichhältige Beweise erbracht. Heidingsfeld, der zuletzt dieses Thema ausführlicher behandelt hat, unterscheidet zwei Arten der „schwarzen Haarzunge": eine echte, nävusartige und eine falsche, erworbene. Die Ursache der letzteren sei hauptsächlich auf lokale oder allgemeine Reizung durch Tabak, Antiseptika, Adstringentia, Syphilis etc. zurückzuführen. Die parasitäre Ätiologie lehnt er ab.

Es ist also, wie die demonstrierten Fälle beweisen, gelungen, die „schwarze Haarzunge" künstlich durch Pinselung mit Tinctura Ratanhiae et Gallarum $\overline{aa}$ (in einem Falle auch mit Wasserstoffsuperoxyd) zu erzeugen. Andere Mittel, die versucht wurden, wie Acidum tannicum, Oleum rusci, Tinctura Gallarum hatten keinen Erfolg. Die Pinselung wurde zweimal täglich durch Wochen vorgenommen und zwar so, daß die Patienten eines Krankenzimmers sämtlich mit ein- und derselben Substanz durch ein bis zwei Wochen gepinselt wurden und bei fast allen trat eine Verlängerung und eine braune bis schwarze Färbung der Papillae filiformes in mehr oder minder hohem Grade ein. Bettlägerige Patienten zeigten eine stärkere Entwicklung der „schwarzen Haarzunge" und ebenso schienen die brünetten Leute besser zu reagieren als die blonden. Die Affektion entwickelte sich allmählich, erreichte ihren Höhepunkt, um dann allmählich abzuklingen, worauf die Zungenoberfläche wieder normal wurde.

Histologisch zeigte sich dabei Hypertrophie der Papillae filiformes und Hyperkeratose. Papillae fungiformes und circumvallatae blieben, wie auch klinisch, frei.

Ein histologisches Präparat eines Zungenhaares kann demonstriert werden. — Wir haben es hier mit einer Hyperkeratose jener Teile der Zungenoberfläche zu tun, die einzig und allein normalerweise der Verhornung fähig sind, i. e.



die Papillae filiformes. Diese Hyperkeratose wird bedingt durch ganz bestimmte Substanzen, die elektiv diese verursachen. Der Prozeß ist zu analogisieren mit der Hyperkeratose der Haut, wie wir sie bei Einwirkung von Teerpräparaten, unreinem Vaselin. Anilinfarbstoffen auf die Haut antreffen können. Auch auf der Haut besteht Hyperkeratose und Hypertrophie der Papillen ohne Entzündungserscheinungen. Damit ist die Ätiologie für die meisten Fälle der „schwarzen Haarzunge" klargestellt.

Riehl findet die Mitteilung über die artifizielle Erzeugung der schwarzen Haarzunge sehr interessant. Aus der erwiesenen Möglichkeit, durch äußere Reize Hypertrophie und dunkle Färbung der Zungenpapillen hervorzubringen, darf aber keineswegs geschlossen werden, daß die Ursache der spontan auftretenden ähnlichen Veränderung der Zunge immer das Produkt äußerer Einwirkung darstellt, ebensowenig als man aus der Erfahrung, daß durch äußere Reize an der Haut Papillome hervorgerufen werden können, den Schluß ziehen darf, daß alle Papillome der Haut Folgeerscheinungen äußerer Irritation sind. R. bemerkt, daß er bei Fällen spontan entstandener, schwarzer Haarzunge, die ja häufig Jahre lang bestehen und den meisten Heilversuchen trotzen, fast regelmäßig durch wiederholte Ätzungen mit konzentrierter Karbolsäure definitive Abheilung erzielen konnte und möchte diese Beobachtung ebenso wie die Oppenheims über die Entstehung einer (rasch ablaufenden) Form von schwarzer Haarzunge als wichtig für die künftige Klärung der Ätiologie des Prozesses bezeichnen, nicht aber schon für die Lösung der Frage selbst ansehen.

Scherber. Zu den von Oppenheim mit einem der schwarzen Haarzunge ähnlichen klinischen Bilde demonstrierten Fällen erlaube ich mir mitzuteilen, daß ich auf diese Affektion schon vor Jahren an der Klinik aufmerksam wurde, daß dieselbe bei den an der Klinik in Behandlung stehenden Syphilitikern sich im Spitale entwickelte; bei der Beobachtung dieser Fälle wurde mir klar, daß die Ursache zur Entwicklung dieser Affektion in der Anwendung der Tinct. Ratanhiae und Tinct. Gallarum āā zur Mundpflege zu suchen war, welche zur Reizung der Zungenschleimhaut, zu abnormer Verhornung und braunschwärzlicher Imbibition der Papillae filiformes führte. Ich konnte damals konstatieren, daß die Affektion namentlich bei jenen Patienten auftrat, die sich die Zunge direkt und nicht nur die Kieferschleimhaut bepinselten. Wurde die Kur ausgesetzt, so schwand die Affektion nach einiger Zeit spontan.

Ullmann. Seit dem von mir in dieser Gesellschaft vorgestellten Fall einer schwarzen Haarzunge habe ich wiederholt schwarze und braune Haarzungen mit verschieden starker Papillarhypertrophie gesehen; einmal bei Vater und Sohn. Ätiologisch ließ sich niemals eine bestimmte Noxe feststellen, was ja gewiß nicht gegen die Möglichkeit einer Irritation durch besondere chemische Prozesse in der Mundhöhle bei entsprechender Disposition der Papillae filiformes spricht. Die ebenfalls stets negativen Ergebnisse anderer haben ja auch zur Aufstellung der Bakterientheorie und später zum Nachweis von Bakterien im Gewebe geführt. Ich bin auch der Meinung, daß man vorläufig die native von der künstlich erzeugten Haarzunge trennen muß. Das primäre scheint übrigens die papillare Hypertrophie zu sein, da es auch wenig gefärbte Haarzungen gibt.

Oppenheim. Ich selbst trenne die Fälle der erworbenen „schwarzen Haarzunge" von jenen seltenen Fällen, wo ein Naevus pigmentosus verrucosus auf der Zungenoberfläche sitzt. In diesen äußerst seltenen Fällen



ist die Lage eine wechselnde, manchmal am Rücken, manchmal auf den Seiten der Zunge. Diese Art der „schwarzen Haarzunge", die ja Heidingsfeld als echte bezeichnet, ist keiner Veränderung fähig; aber das, was wir bisher zumeist als Fälle von „schwarzer Haarzunge" gesehen haben, ist artifiziell erzeugt, wie die drei demonstrierten Fälle. Doch auch dazu gehört eine gewisse Disposition, wenn auch diese Disposition sehr verbreitet ist, denn nicht alle Patienten zeigen die Entwicklung der „schwarzen Haarzunge" und nicht alle in demselben Grad. Die Dauerhaftigkeit der schwarzen oder braunen Verfärbung hängt damit zusammen, daß nur dann Färbungen auf Haut und Schleimhaut bleibend sind, wenn entweder gewucherte Hornsubstanz imbibiert ist oder die färbende Substanz im Bindegewebe sitzt. Alle anderen Färbungen, die normale Oberflächen betreffen, sind vorübergehend und entweder abwaschbar oder durch die normale Desquamation verschwindend. Daher sehen wir gefärbte Schwielen der Flachhände ungemein lange, ebenso Färbungen, bei denen die Hornschicht durch die färbende Substanz imbibiert wird; auch die Ichthyosis serpentina ist hiefür ein Beispiel. Ich wiederhole daher, daß nun die Ursache der erworbenen Fälle von schwarzer Haarzunge endlich geklärt ist; es ist eine Hyperkeratose der Papillae filiformes mit Imbibition, bedingt durch die Hornbildung elektiv reizender Substanzen.

Kerl demonstriert ein 20jähriges Mädchen, das vor ca. 4 Monaten mit einem Lichen lueticus untermischt mit größeren Papeln zur Aufnahme kam. Es wurde energisch mit Salvarsan und Quecksilber (4 Neosalvarsaninjektionen und 30 Einreibungen) behandelt und Ende Dezember erscheinungsfrei nur mit stärkeren Pigmentierungen an Stelle des Exanthems entlassen. Am 4./III. kam sie zur Nachuntersuchung abermals an die Klinik und es bietet sich nunmehr folgender Befund:

Im Nacken der Patientin sowie an den seitlichen Partien des Halses und an der Brust im oberen Anteil finden sich linsen- bis hellerstückgroße Flecke, die im mittleren Anteil stellenweise leicht bläulich verfärbt, an den Rändern aber lebhaft weiße Zonen aufweisen. Wenn man näher zusieht, findet man, daß diese Flecke nicht im Niveau der Haut gelegen sind, sondern ganz wenig deprimiert. An anderen Stellen ist das Zentrum nicht blau verfärbt, sondern weiß. Auch hier zeigt die Hautoberfläche, wenn man sie seitlich komprimiert, kleine Fältelung. Die Depressionen sind zum Teil weiß, zum Teil leicht livid gefärbt. Am Stamm, Rücken und Brust findet man ferner kleinfleckige Pigmentierungen als Residuen des Lichen lueticus. An einzelnen Stellen, insbesonders wo einzelne Lichenknötchen größere Herde zusammengesetzt haben, sieht man auch hier leichte Depression mit Zeichen von Atrophie. Nachdem bereits ein Zeitraum von 12 Wochen zwischen dem Abklingen des luetischen Infiltrates und der nunmehr ausgesprochenen Atrophie liegt, so glauben wir, daß es sich hier um eine Atrophia cutis maculosa bei

einem Luetiker, also um eine deuteropathische Hautatrophie im Sinne Oppenheims handelt. Die weiteren Beobachtungen allerdings müssen erst beweisen, ob die Atrophie eine dauernde ist und das elastische Gewebe sich nicht wieder regeneriert. Die histologische Untersuchung entsprach allerdings dem Bilde der Atrophia cutis maculosa. Es findet sich nur ganz gering und an wenigen Stellen Infiltrat. Vor allem fällt die Rarifizierung der Elastika auf. Es besteht auch hier zwischen Infiltrat und Schwund des elastischen Gewebes, worauf Volk aufmerksam gemacht hat, keine Kongruenz. Bemerkenswert ist, daß nicht nur an den Stellen, wo makroskopisch zur Zeit des Exanthems mächtigeres Infiltrat bestand, sondern an den Stellen, wo das Infiltrat ganz gering war, sich Atrophie entwickelte. Es ist hieraus ersichtlich, wie es auch wiederholt beobachtet wurde, daß die Größe des Infiltrates für die Entstehung der Atrophie belanglos ist.

Kerl demonstriert 2. aus der Klinik Hofrat Riehl einen 32jährigen Mann, der von Beruf Eisenbahner und im Frachtenmagazin beschäftigt ist. Die Erkrankung begann vor einem Jahr mit einer Veränderung an der Außenseite der rechten Hand und sieht man nunmehr einen scharf abgesetzten Herd, der an den mittleren Partien mit mächtigen verrucösen Schuppen- und Krustenmassen besetzt ist. Am Rand ist eine düster livide Verfärbung mit Infiltration. Im Anschluß an dieses typische Bild der Tuberkulose verrucosa cutis kam es vor 6 Wochen zum Auftreten von zahlreichen haselnußgroßen Knoten im Verlauf der Lymphgefäße. Die Haut über den Knoten ist livid verfärbt. Die Knoten selbst sind auf Druck nur in geringem Grade schmerzhaft und zeigen stellenweise Fluktuation. Sie reichen bis in die Kubita. Es handelt sich um Gommes scrophuleuses infolge Propagierung der Affektion von dem Herd an der Hand auf dem Wege der Lymphbahn.

Ullmann. In der Sitzung dieser Gesellschaft vom 5. März 1914 habe ich den ersten Fall einer durch Röntgen-Tiefenbestrahlung wesentlich gebesserten fistulösen Hodentuberkulose bei einem 16jährigen Knaben demonstriert. Im Verlaufe desselben Jahres bis Kriegsausbruch habe ich noch mehrere Fälle bei älteren Individuen derselben Behandlung unterzogen, bei denen ich Besserung, Verkleinerung der Infiltrate, Herabsetzung der Eiterung etc. am Nebenhoden konstatieren konnte. Im Jahre 1916 habe ich abermals eine Reihe solcher Fälle in Pola behandelt, durchwegs Soldaten aus dem Festungsspital Nr. I.

Ich stelle nun heute aus meinen hiesigen Kranken des Reservespitales 2 neuerdings 6 Fälle vor, bei denen die Genitaltuberkulose auf verschiedene Weise sichergestellt, seit einiger Zeit diesem Verfahren ebenfalls unterzogen wird. Die Fälle werden im Holzknecht-Institute des Wiener Allg. Krankenhauses behandelt. Alle verweigerten jeden operativen Eingriff. Bei entsprechender Technik findet eine Schädigung der, für die trophische und innersekretorische Funktion des Hodens wichtigen Leydigschen Zellen nicht statt.

Alle diese vorgestellten Fälle werden mit kleineren Dosen allwöchentlich oder jede 2. Woche einmal bestrahlt. Bei einigen ist deutlicher Rückgang der mächfigen tuberkulosen Tumoren sichtbar, bei anderen noch nicht. Die Haut wird durch Aluminiumblech völlig geschont, ebenso insbesondere der gesunde Hoden, aber nach Tunlichkeit auch Teile des erkrankten Hodens. Bei jugendlichen Individuen und frischen Affektionen, insbesondere bei fistulösen und zur Erweichung tendierenden tuberkulösen Infiltraten des Nebenhodens, Prostata etc., sind viel raschere Erfolge sichtlich als bei älteren Individuen oder bei alten, zum Teile harten und verkalkten Herden. Bei Mitbefallensein der Prostata oder auch der Samenblase und Samenstränge, wie sie sich auch bei zweien der hier vorgestellten Fälle findet, werden auch diese Partien kräftig bestrahlt.

Nobl richtet an den Vortragenden die Anfrage, auf welche diagnostische Momente in den vorgestellten Fällen die Annahme einer Tuberkulose gestützt erscheint. Die mit Fisteln einhergehenden Formen werden wohl schon vom klinischen Gesichtspunkt aus diese Ansicht rechtfertigen, das gleiche kann von den übrigen Läsionen nicht behauptet werden. Was die mit Röntgenstrahlen bei Nebenhodentuberkulose erreichbaren Erfolge betrifft, so hatte N. eine Reihe vor mehreren Jahren an der Röntgenstation der allgemeinen Poliklinik (Abteilung Prof. Kienböck) bestrahlte Fälle zu sehen Gelegenheit, die bis heute dauernd geheilt geblieben sind.

Oppenheim. Ich möchte mir nur die Frage erlauben, ob es Ullmann für hinreichend begründet ansieht, auf Grund des negativen Erfolges einer Milchinjektion bei Epididymitis gonorrhoica oder bei einer Verschlechterung nach einer Milchinjektion die Diagnose Tuberkulose zu stellen. Ich glaube, daß die Diagnose der Tuberkulose des Nebenhodens auf ganz andere Weise gestellt werden muß Eine Diskussion über die Milchinjektionstherapie bei der Gonorrhoe möchte ich jetzt nicht eröffnen.

Ullmann. Daß vor Beginn des Jahres 1914 auch andere Autoren bei Menschen Genitaltuberkulose bestrahlt haben, ist mir nicht bekannt. Im allgemeinen hat man Hoden und Ovarien wie bekannt stets ängstlich vor den H.-Strahlen geschützt. Auch ich habe es ebenso wie bei Drüsentuberkulose mit den gewöhnlichen Röntgeninstrumenten viel früher versucht, aber niemals einen beweiskräftigen Erfolg aufzuweisen gehabt, offenbar wegen der viel zu geringen Dosen, die damals ohne starke Hautreizung nicht zu verstärken waren. Erst seit der Tiefenbestrahlung und

Filtrierung der die Haut mehr penetrierenden Strahlen und mit dem neuen Tiefenapparate habe ich die Methode systematischer durchgeführt.

Veröffentlicht ist darüber vor 1913 meines Wissens niemals etwas worden. Auch Holzknecht hatte bis vor kurzem keine Erfahrung.

Was schließlich die Sicherstellung der Diagnose Genitaltuberkulose betrifft, so werden selbstverständlich nur sichere tuberkulöse Infiltrate im Nebenhoden oder Samenstrang der Bestrahlung zugeführt. Syphilitische Sarkokele, akute oder chronische Haut- oder Hodenabszesse, chronische Epididymitis gonorrhoica, ferner Epididymitis traumatica und Hydrokele lassen sich meist leicht differentiell sicherstellen. Von Bedeutung ist auch der klinische Befund, z. B. sonstige skrophulöse Herde, Lungentuberkulose, typische, tuberkulöse, harte und wachsende Herde in der Prostata bei Fehlen jeder Gonorrhoe oder Urethritis, auch das ex juvantibus, so das Versagen der Arthigon- oder parenteralen Milchinjektionen. Wo der klinische Befund und der am Nebenhoden selbst immer noch Zweifel übrig lassen, wird selbstverständlich Tuberkulin angewendet. Dies ist bei einzelnen unserer Fälle auch geschehen.

Wenn bei fraglicher Epididymitis gonorrhoica oder selbst bei noch sicher vorhandener Gonorrhoe längere Zeit nach Abschluß der parenteralen Injektionsbehandlung die Nebenhodenschwellung weiter wächst und noch derber wird, was ich schon in einigen Fällen gesehen habe, so weist dieses Verhalten allein fast schon mit Bestimmtheit auf die Tbc-Natur des Knotens hin.

Diesen vielleicht provozierenden Einfluß der parenteralen Milchbehandlung auf fragliche Tbc-Infiltrationen möchte ich heute bei dieser Gelegenheit schon hervorheben. Durch Tuberkulin wurde die Diagnose in 2 Fällen solcher Art bestätigt. Besondere Erwähnung verdienen die relativ häufigen Fälle traumatischer, darunter auch fraglich erotischer Epididymitis, die ohne Beziehung zu einer Gonorrhoe, weder zu einer alten noch frischen Infektion, aber in deutlichen ätiologischen Beziehungen zu kurz vorher vorausgegangenen intensiven Erregungen sowohl Coitus imperfectus als zu protrahierten Erektionen stehen. Das bekannte Krankheitsbild, meist eine akute Schwellung des Nebenhodens mit Erguß in die Scheidenhaut, ohne Urethritis, auch als sympathische Epididymitis bekannt, nimmt gewöhnlich einen recht langwierigen Verlauf und geht vielleicht in einzelnen Fällen in Tuberkulose über. In einer Reihe solcher Fälle habe ich nach Ablauf der akuten Erscheinungen, also nach mehreren Wochen, Milchinjektionen gemacht. In einzelnen dieser sicher nicht gonorrhoischen Infiltrationszuständen des Nebenhodens fand unter dieser Therapie eine deutlich merkbare raschere Rückbildung statt. In anderen wieder nicht. Hingegen entwickeln sich in zwei Fällen harte, strangförmige Tumoren, die auf Tuberkulin lokal unter Allgemeinreaktion leicht anschwellen, Beobachtungen, die mich veranlassen, zu glauben, daß die parenteralen Milchinjektionen auf Tbc. nicht resorbierend sondern eher provozierend wirken.

2. Vorstellung von essentiellen Enuretikern. Eine zweite Gruppe von Soldaten aus meiner Abteilung betrifft Bettnässer u. zw. ausschließlich solche, deren Leiden durchwegs auch durch objektive Kennzeichen nachweisbar ist. Ich möchte durch die Demonstration dieser 14 Fälle die wichtige und immer noch aktuelle Angelegenheit, für mich wenigstens, zu einem gewissen Abschlusse bringen. Ich habe alle akquirierten und vorübergehenden Inkontinenzen meiner hiesigen Station, deren Zahl auch eine große ist, für heute hier vollständig bei Seite gelassen



und mich nur auf die sogenannte essentielle oder hereditäre Enuresis beschränkt. Wir sind durch die Erfahrungen dieses Krieges mehr denn je dazu gekommen, den Zustand der E. nocturna auch objektivieren und damit konstatieren zu können, wo wir bis dahin eigentlich bloß auf die genaue Beobachtung und die amtliche Erhebung einer positiven Anamnese aus der Kindheit ausreichen mußten. Diese ist ja ungemein wertvoll, namentlich wenn sie zuverlässig ist. Aber sie reicht nicht aus, um so weniger, als es eine Reihe von absolut einwandfreien Fällen gibt, in denen der Zustand erst während der Pubertätsjahre auftritt, etwa vom 12. – 14. Lebensjahre und umgekehrt, wo sich jugendliche Enuresis wieder völlig verliert.

Bei den hier vorgestellten 14 Fällen von Enuresis finden sich in verschiedener Kombination, Zahl und Intensität solche objektive Merkmale vor, auf die ich auch in meinen früheren Mitteilungen besonderen Wert gelegt habe und zwar entweder in bestimmten, auch sonst häufig vorkommenden Kombinationen in bestimmter Gruppierung und mit gewissen, allgemein pathologisch konstitutionellen Typen vereint oder als Einzelsymptom. Ich möchte nun diese Symptome an der Hand der Fälle der Reihe nach kurz besprechen. (Siehe umstehende Tabelle).

Zusammenfassung. Bei diesen 14 zuletzt in meine Station eingelieferten Fällen wiesen 11 positive Anamnesen, Bettnässen von Jugend auf und 3 mal Beginn im 13., 14. und 21. Lebensjahre. Da letzterer Fall alle übrigen objektiven Merkmale des Bettnässens vereint zeigt und eigene Angaben sowohl wie die Erhebungsakte aus der Jugend unklar sind, muß ja auch dieser zur Gruppe der essentiellen Formen gerechnet werden. Keinesfalls ist jede hereditäre Enuresis eine essentielle oder umgekehrt, nicht jede essentielle E. ist hereditär.

Positive Röntgenbefunde im Sinne einer mehr weniger deutlichen Dehiszenz oder Spaltbildung im Bereiche der Lendenwirbelsäule oder des Kreuzbeins, Asymmetrien, Verdünnungen etc., also Andeutung einer Spina bifida waren 10 mal gegen 4 mal vollständig normaler Knochenbefund.

Sichere mediane, wenn auch nur kürzere Spaltbildung im Sinne einer typischen Spina bifida  von Fuchs waren jedoch nur 2 mal unter diesen 14 Fällen vorhanden.

Trabekuläre Hypertrophie der Blasenwand neben geringen sonstigen Veränderungen, wie abnorme Lagerung der Ureterenöffnungen oder starke Hyperämie

Name, Alter, Beruf, Geburtsort (zuständig)	Anamnese	Erhebung	Röntgenbefund	Blasenbefund	Degen. Merkmale
P. Anton, 19 J., Schmied, Pibra bei St. Pölten	Angeblich seit Kindheit. Gibt an, jede $^1/_2$ bis $^3/_4$ Stunde Urindrang zu haben	Noch nicht eingelangt	Der erste Kreuzbeinwirbel ist gespalten, die folgenden fehlen	Mäßige trabekuläre Hypertrophie der Blasenwand. Prostata in ihren vesikalen Anteilen etwas vergrößert	Steil abfallende Arme. Andeutung von Schwimmhäuten nur links. Tropfenherz. Status thymic. lymphat. Hypoplasie der Gefäße. Kräftige Hoden und Genitalien
R. Johann, 49 J., Arbeiter, Troupky bei Prerau, Mähren	Angeblich seit Kindheit Enuresis	Erhebung noch nicht eingelangt	Hochgezogener distaler Hiatus sacralis (Spina bifida)	Ausgesprochene, besonders am Blasenboden starke Trabekelblase	Starke Dolichozephalie, starke kranzförmige Verdickung der Nähte zwischen Okzipat und Os parietale
W. Georg, 20 J., Tapezierer, Wien	Angeblich seit Kindheit Enuresis	Laut Angabe des Vaters schon in der Kindheit Bettnässer gewesen und viele Krankheiten durchgemacht	Spina bifida im Bereiche des ersten Segmentes mit hochgezogenem Hiatus	Ausgesprochene Trabekelblase	Turmschädel; leichter Rhomberg Patellarreflexe abgeschwächt

Tw. Valentin, 25 J., Arbeiter, Ronczyna, Jaroslau	Angeblich seit drei Jahren Unvermögen, den Urin zu halten	Erhebung noch nicht eingelangt	Lückenhafter dorsaler Verschluß des Sakralkanales im Bereiche des letzten Lenden und ersten Kreuzbeinwirbels (Spina bifida)	Feinste Trabekel im Blasenscheitel, ein dicker, quer verlaufender Strang im linken unteren Quadranten	Turmschädel
H. Johann, 22 J., Bauer, Böhm. Bela, D. Brod, Böhmen	Angeblich seit 12 Jahren Unvermögen, den Urin zu halten	Erhebung noch nicht eingelangt	Lückenhafter dorsaler Verschluß im Bereiche des I., II. und III. Kreuzbeinsegmentes (Spina bifida)	Mäßige Trabekelblase	Naevus vasculosus median, handbreit über der Kreuzbeingegend
B. Johann, 28 J., Arbeiter. Ung. Brod, Mähren	Angeblich seit Kindheit Unvermögen, den Urin zu halten	Laut Angabe des Bürgermeisters seit Kindheit Bettnässer und Atembeschwerden	Lückenhafter dorsaler Verschluß des Sakralkanales im Bereiche des ersten Kreuzbeinsegmentes (Spina bifida)	Ganz leichte Entzündungserscheinungen am Trigonum. Leichte Trabekelbildung	Orang Utang-Schädel. Abstehende Ohren. Eingezogene Nasenflügel. Polypenbildung in der Nase
M. Oskar, 19 J., Arbeiter, Triest	Angeblich seit Kindheit Bettnässer	Erhebung noch nicht eingelangt	Lückenhafter dorsaler Verschluß des Sakralkanales im Bereiche des ersten Kreuzbeinsegmentes (Spina bifida)	Geringe Trabekelbildung mit leichter Zystitis	Rhomberg angedeutet

Name, Alter, Beruf, Geburtsort (zuständig)	Anamnese	Erhebung	Röntgenbefund	Blasenbefund	Degen. Merkmale
V. Wenzel, 19 J., Arbeiter, Hradecno, Neustraschitz	Angeblich seit Kindheit Bettnässer	Erhebung noch nicht eingelangt	Lückenhafter dorsaler Verschluß des Sakralkanales im Bereiche des ersten Kreuzbeinsegmentes	Leichte Trabekelblase	Andeutung von Turmschädel; niedere Stirne; abstehende Ohren; flacher Hinterkopf
K. Franz, 20 J., Arbeiter, Inzersdorf bei Wien	Angeblich seit der Abrichtung im Dezember 1915 Urinabgang	Erhebung noch nicht eingelangt	Lückenhafter dorsaler Verschluß des Sakralkanales im Bereiche des ersten Kreuzbeinsegmentes	Deutliche starke Balkenbildung	Andeutung von Schwimmhäuten, links Nävus. Protuberanz der occipitalen Schuppe
S. Demeter, 20 J., Arbeiter, Szaszebes Hadt	Angeblich seit einem Jahre Bettnässer	Erhebung noch nicht eingelangt	Normaler Befund des Kreuzbeins und der unteren Lendenwirbelsäule	Stärkere Injekt. am Blasenboden. Am Blasenhals die Schleimhaut aufgelockert	Starke Vermehrung der Patellarreflexe
G. Rudolf, 18 J., Heizer, Freiwaldau	Angeblich seit Jugend Bettnässer	Erhebung noch nicht eingelangt	Außer einem hochgezogenen Hiatus keine Anomalie im Skelett nachzuweisen	Ganz leichte Entzündungserschein. am Trigonum; Prostata ziemlich stark vorspringend, sonst norm. Verh.	Starke Steigerung der Patellarreflexe. Mikrozephalie geringen Grades. Idiotie

B. Stefan, 24 J., Arbeiter, Husakar Moscinska	**Angeblich seit Kindheit Bettnässer**	**Laut Angabe des Bürgermeisters seit Kindheit Bettnässer**	—	**Blasenstein. Schwere diffuse Zystitis**	**Plattfüße; abstehende Ohren; Steigerung der Patellarreflexe**
P. Anton, 34 J., Arbeiter, Palanka	**Angeblich seit Kindheit Bettnässer**	**Schwester, 34 Jahre, ebenfalls Bättnässerin**	Negativ	**Leichte Zystitis, besonders am Trigonum; keine Trabekelblase**	**Andeutung von Spitzkopf; Andeutung von Hasenscharte. Starke Steigerung der Patellarreflexe**
K. Johann, 19 J., Arbeiter, Ploderberg, Steiermark	Angeblich seit Jugend Enuresis	Erhebung noch nicht eingelangt	Lückenhafter dorsaler Verschluß des Sakralkanales im Bereiche des ersten Kreuzbeinsegmentes (Spina bifida)	Leichte Zystitis, besonders am Trigonum, keine Trabekelblase	—
H. Josef, 28 J., Arbeiter, Wien	Angeblich seit Geburt Enuresis. Wurde 1905/06 im k. k. Allg. Krankenh. erfolglos behandelt. Vater hered. Bettnässer, zeigt ausgesprochene Spina bifida, Trabekelblase	Laut Angabe des Polizeikommissariates beruhen die Angaben des Patienten auf Wahrheit	Negativ	Blasenschleimhaut bis auf eine stärkere Rötung am Blasenhals und Blasenboden normal	Leichte Asymmetrie des Schädels in der Stirngegend, Rhomberg

im Blasengrund oder leichter Katarrh waren 3 mal gegen 11 mal vorhanden. Einmal war Zystoskopie der Blasenwände nicht möglich (Blasenstein).

An sonstigen Degenerationsmerkmalen nenne ich Schädelverbildungen auffallender Natur und Intensität 7 mal; dabei häufig auch typische. asymmetrische Gesichtsbildung, Ohrenansatz, Prognathie des Kiefers, abstehende, muschelförmige Ohren, angewachsene Ohrläppchen, asymm. intensive Haarwirbel tief in die Stirne reichend, 2 mal Polypenbildung in der Nase, ein Vorkommen, das ich auch früher öfters bei Enuresis gesehen habe, 1 mal auch deutliche Hasenschartenbildung. Nävusbildung 2 mal vorhanden, einmal im Bereiche der Mittellinie des obersten Kreuzwirbels als Naevus vasculosus (flammeus) 1 mal als Naevus verrucosus an der Kopfhaut; Asymmetrie der Hautfalten an der Crena ani und der Kokzygealgegend fand ich einmal bei einem Falle stärkster Spina bifida, ein anderes Mal deutlich merkbar. 5 mal unter diesen Fällen fand sich ziemlich deutlich Rhombergsches Symptom. Die Erklärung dieser vielleicht mit den Schädeldeformationen im Zusammenhange stehende Ataxie ist bisher noch nicht gegeben.

Plattfußbildung war 4 mal in ausgesprochenem Maße, 3 mal angedeutet vorhanden. In zwei Fällen war ausgesprochene Schwimmhautzehenbildung zwischen der 2. und 3. Zehe vorhanden, jenes Symptom, auf welches Fuchs und Matauschek wegen seiner Häufigkeit und Abhängigkeit von der Unterbildung des untersten Rückenmarkabschnittes besonderen Wert gelegt haben.

In psychologischer Beziehung war 1 mal ausgesprochene Idiotie und einmal — bei einem älteren Menschen — ein gewisser Grad von Schwachsinn vorhanden. In beiden Fällen handelt es sich um Mikrozephalie und starken Asymmetrien des Schädels.

Interessant ist das hereditäre Moment: Bettnässen bei Geschwistern ist ziemlich häufig, bei Eltern seltener. Häufiger findet sich Epilepsie in der Familie und kann dieses hereditäre Moment, im Falle andere objektive Merkmale nicht vorhanden sind, gewiß als ein wichtiges Moment zur Sicherstellung verwertet werden.

Auch in einem der hier vorgestellten Fälle (Hammer) spielt das hereditäre Moment eine wichtige Rolle. Es handelt sich um Mikrozephalie mit einem gewissen Grade von Demenz, hereditär sicher erhobenes Bettnässen hingegen ohne sichere Blasenveränderungen und bei normalen Knochenverhältnissen im Wirbelkanal. Da in diesem Falle

begründete Zweifel vorlagen, wurde die Anamnese nochmals genau erhoben; Patient gab an, daß sein Vater über ihn hier aussagen könne. Dieser erschien nun selbst, zeigte ebenfalls hochgradige Verbildung des Schädels und eine ausgesprochene Spina bifida sowie beträchtliche Trabekelblase.

Durch diese wie meine früheren Demonstrationen glaube ich nunmehr gezeigt zu haben, daß innerhalb der engeren Gruppe Enuresis essentialis, hereditaria, unter welche ich auch jene Formen rechne, bei denen genügend objektive Merkmale vorhanden sind, das Bettnässen aber erst in der Pubertät oder noch später begonnen haben, nicht als eine rein metamerale, bzw. regionäre Degeneration des Lendenmarkes aufzufassen ist, sondern als Ausdruck und Folgeerscheinung einer minderwertigen Konstitution und Minderwertigkeit verschiedener Organsysteme, insbesondere des Nervensystems aufgefaßt werden muß. Innerhalb dieser Minderwertigkeit spielt selbstverständlich stets der uropoetische Teil des Urogenitalsystems auch eine minderwertige Rolle und führt zu der Pollakisurie, Reiz,- später Schrumpfblase und Enuresis. Die unfreiwillige Harnentleerung findet auch in der Nacht wiederholt statt und zwar in jeder Phase des Schlafes. Vielleicht, daß die Epileptiker diesbezüglich andere Verhältnisse zeigen, insofern es dort meist nur zu einmaligem Harnverlust in der Nacht zu kommen scheint. Das Genitalsystem ist mit wenigen Ausnahmen normal, ja oft übernormal entwickelt, insbesondere kräftige Hoden, die sich in starker Haarbildung und anderen sekundären Geschlechtsmerkmalen auch äußerlich ausdrücken. Ausnahmsfälle bilden eunochoide Zustände, Status thymic. lymph. mit Hypoplasie der Gefäße, Tropfenherz auch Hypoplasie der Genitalien mit weiblicher Beckenbildung und Behaarung.

Bezüglich der Therapie bin ich, als der relativ besten Behandlung, zu lauwarmen Spüldehnungen der Blase zurückgekehrt. Alle extremen Prozeduren, wie gewaltsames Abbinden der Harnröhre oder die von Grosz und Fuchs angegebenen heißen Prozeduren haben in dieser Gruppe ausnahmslos zu Verschlimmerungen geführt. Von den akquirierten Formen der Enuresis will ich heute nicht sprechen. In dieser Gruppe muß jeder Fall für sich ganz besonders behandelt werden. Doch auch hier handelt es sich oft um Veranlagung und Minderwertigkeit, die durch ein Trauma zur habituellen Enuresis führt. Von großem Werte für besonders schwere und gereizte Fälle hat sich die Methode des Verweilkatheters erwiesen; namentlich bei der soge-

nannten Pseudo-Enuresis, bei welcher neben dem Harnreiz noch Blasenparese besteht wie auch bei den echten Fällen schwerster Art.

Scherber demonstriert:

1. Jene 18jährige Patientin mit Pemphigus haemorrhagicus, über deren schwere Erkrankung in der Sitzung vom 14. Dezember 1916 nur berichtet werden konnte, nachdem damals die Patientin selbst wegen ihres außerordentlich schweren Erkrankungszustandes hier nicht demonstriert werden konnte. Ich will heute den Endausgang des Prozesses zeigen und kurz das Krankheitsbild in seiner Gesamtentwicklung wiedergeben. Patientin wurde am 7. November 1916 auf die Abteilung aufgenommen, nachdem schon mehrere Wochen vorher zeitweise in Schüben an den Extremitäten, besonders an den Streckflächen, Blasen mit teils rein serösem, teils serös-hämorrhagischem Inhalt aufgetreten waren. Trotz Diät und Pflege nahm der Prozeß während der Spitalsbehandlung an Intensität zu, es entstanden fortwährend neue Blasen von Linsen- bis über Walnußgröße und es war zu konstatieren, daß, je mehr der Prozeß an Reichlichkeit der Blasenausbrüche zunahm, der Inhalt der Blasen eine immer reichlichere Beimischung von Blut zeigte, so daß ein Teil der Blasen rein hämorrhagisch war. Die Entwicklung der Einzeleffloreszenzen in den einzelnen Schüben war eine unglaublich jähe und stürmische und in der Art der Entwicklung liegt auch eine Erklärung für den Endausgang des Prozesses; man sieht nämlich heute, wo der Prozeß fast völlig aufgehört (nur noch vereinzelt treten teils rein serös, teils serös-blutige Blasen auf), daß der Großteil der Blasen Narben hinterlassen hat und entsprechend der ungemein reichlichen Aussaat ist der ganze Körper von Hunderten von Narben bedeckt. Die Narben sind alle rundlich oder oval, scharf begrenzt, wie mit dem Locheisen ausgeschlagen; im Gesicht mäßig tief, von ganz ebenem Grunde, seicht und zart, am Rücken sind die Narben stärker gestrickt und derber, in den Lendengegenden, an den Nates und der oberen Partie der Hinterfläche beider Oberschenkel dagegen auffallend atrophisch, zart, abhebbar, zigarettenpapierähnlich gefältelt, ganz so wie bei der idiopathischen Hautatrophie; von ähnlichem Charakter sind einzelne Blasen, aber nicht alle, über den Streckflächen beider Ellbogengelenke. Diesen so gearteten Narben gegenüber haben sich die Narben an den Stellen der Effloreszenzen an den Schultern, an den Streckflächen der oberen, besonders aber an der Streckfläche der Oberschenkel und auch der Unterschenkel zu verschieden derben und mehr oder

weniger vortretenden Narbenkeloiden entwickelt. Der Krankheitsprozeß war ein sehr schwerer; nicht nur, daß die Patientin durch die Bildung der ungemein reichlichen, serös, serös-hämorrhagischen und rein hämorrhagischen bis walnußgroßen Blasen ungemein geschwächt wurde, schmerzten die jäh sich entwickelnden Blasen und belästigten durch die Spannung, machten das Liegen auch auf einer weichen Unterlage fast unmöglich; dabei bestand durch Wochen hohes Fieber bei 39° C, es kam zu einer hochgradigen Abmagerung, schwerer Anämie und einem lebensbedrohenden Kräfteverfall; es muß betont werden, daß das Blut außer Abnahme der roten Blutkörperchen, einer Poikilozytose und Eosinophilie nichts Abnormes zeigte, daß kein Milztumor bestand, daß Kulturen ärob und anärob auf verschiedenen Nährböden, aus den frisch entstandenen Effloreszenzen angelegt, steril blieben und daß Tierversuche, mit dem Inhalt der Blasen ausgeführt, ein negatives Resultat hatten. Es muß nochmals hervorgehoben werden, daß, als der Prozeß an Akuität nachließ, vorwiegend Blasen mit viel weniger blutig tingiertem Inhalt und schließlich wieder Blasen mit rein serösem, gelblich klarem Inhalt erschienen, so daß nach dem Verlauf das Auftreten des Blutes in den Blasen als eine Intensitätssteigerung des Prozesses aufgefaßt werden muß. Auch die Gewebszerstörung im Bereiche des Blasengrundes, die dann mit Narbenbildung ausheilte, ist nur so zu erklären, daß bei der stürmischen Exsudation aus den oberflächlichen Gefäßen des Koriums, wobei es auch zur Zerreißung der Gefäße und damit zum Blutaustritt kam, daß bei dem so intensiv und jäh verlaufenden Prozeß es auch zur Zerstörung und Abstoßung der oberflächlichen Bindegewebsschichten des Blasengrundes kam. Während die Schleimhaut des Mundes stets frei blieb und es zur Zeit des schwersten Kräfteverfalls zur Schrumpfung des Zahnfleisches und zum Ausfallen der Schneidezähne kam, traten auf den Konjunktiven zeitweise kleinere serös-hämorrhagische Blasen auf. Therapeutisch wurde Arsen intern, Teilbestrahlungen des ganzen Körpers mit künstlicher Höhensonne angewendet; der Einfluß der Bestrahlungen war unverkennbar. Es muß aber hervorgehoben werden, daß während der Zeit der reichlichsten Blasenbildung und dem Wundsein des Körpers an so zahlreichen Stellen, sich das Einbringen der Patientin im Wasserbett auf ein bis zwei Tage ausgezeichnet bewährte.

Oppenheim. **Die Narben und die Beschreibung des klinischen Verlaufes in diesem Falle lassen vielleicht auch die Möglichkeit offen, daß**



es sich um eine Art Impetigo herpetiformis in weitestem Sinne gehandelt hat. Das hohe Fieber, das Auftreten von Blasen, dann die Gruppenbildung, wie aus den Narben hervorgeht, das weibliche Geschlecht, lassen vielleicht doch die Möglichkeit einer septikopyämischen Infektion mit Impetigobildung auf der Haut zu. Eine Impetigo der Haut kann auch mit klaren Blasen beginnen. Die Diagnose Pemphigus aus einer einmaligen Attacke zu stellen, scheint mir etwas gewagt; auch mit Rücksicht auf die Narben, die jede der Blasen hinterlassen hat, wenn auch seltene Fälle von Pemphigus vulgaris chronicus mit Narbenbildung beschrieben wurden. Aus der Klinik Finger wurde vor einigen Jahren ein solcher Fall, der zur Sektion kam, von Scherber selbst publiziert. Die Impetigo herpetiformis muß nicht immer bei Graviden und im Puerperium auftreten.

Nobl möchte eine Impetigo herpetiformis nicht in differentialdiagnostische Erwägung ziehen, schon aus dem Grunde nicht, weil die wesentlichen Voraussetzungen dieses Leidens nicht zutreffen. Hingegen findet auch er Anklänge an die neurotische Form der Blasenausschläge. Vor einigen Jahren von ihm in der Gesellschaft der Ärzte vorgestellte zugehörige Fälle boten das hier sichtbare Gemenge narbiger, atrophischer und hyperplastischer Blasenresiduen, neben Pigmentationen und frischen, zum Teil auch gruppierten Schüben. Freilich stimmt mit dieser Auslegung die bei der Kranken sichtbare universelle Ausbreitung, der hochfebrile Verlauf und die intensive Einbeziehung des Gesichtes nicht.

Scherber. Wenn man eine Hautkrankheit diagnostizieren will, muß man sich an die Primäreffloreszenz halten; dies waren in dem demonstrierten Falle Blasen und es sei nochmals ausdrücklich hervorgehoben, mit anfangs rein serösem Inhalt, der später mit der Steigerung der Ausdehnung und Intensität des Prozesses immer mehr hämorrhagisch wurde, um beim Abklingen der Erkrankung wieder serös-hämorrhagischen und rein serösen Charakter anzunehmen. Diese ausschließliche Entwicklung von Blasen, der negative bakteriologische Befund, der Blutbefund, das Gesamtbild des klinischen Prozesses veranlassen mich, den Krankheitsfall, trotz des Endausganges der Einzeleffloreszenzen, als eine eigentümliche Form des Pemphigus aufzufassen. Die Vermutung Oppenheims, daß es sich in unserem Fall um eine Impetigo herpetiformis handeln kann, ist leicht zu widerlegen, da die Primäreffloreszenz der Impetigo herpetiformis stets Pusteln sind, die in Kreisform und Scheibenform gruppiert, an bestimmten Prädilektionsstellen, vorwiegend ums Genitale, unter den Mammae, in den Axillen, sich finden, ein Prozeß, der nur bei Schwangern und Wöchnerinnen sich findet und mit der Gravidität in einer bestimmten Beziehung zu stehen scheint. Daß an einzelnen Stellen die Effloreszenzen dichter stehen, ist nur scheinbar, die Verteilung ist eine ziemlich gleichmäßige und die Reichlichkeit durch die sich ununterbrochen folgenden Schübe erklärt. Die Diagnose eines Pemphigus hystericus, zu welcher die stellenweise Entwicklung der Narbenkeloide führen könnte, wurde von uns vor allem deshalb nicht gestellt, weil auch bei wiederholter Untersuchung durch den Internisten, Primarius Dr. Weinberger, wie durch uns niemals Stigmata, wie überhaupt irgendwelche abnorme Symptome von Seiten des Nervensystems nachzuweisen waren. Der Nervenstatus ergab einen normalen Befund. Dazu kommt die universelle Ausbreitung des Prozesses, das durch Wochen andauernde hohe Fieber, der Eindruck, den die ruhige, keineswegs nervöse Patientin, wie der Krankheitsprozeß in seinem Gesamtbilde macht. Die Effloreszenzen, die nachträglich mit Narbenbildung ausheilten, waren dadurch charakterisiert, daß das Epithel in seiner ganzen Dicke durch einen rasch entstandenen, serös-hämorrhagischen, manchmal rein blutigen Erguß abgehoben wurde, daß beim Öffnen der Blase und nach Abfluß

des Inhalts, sich der Blasengrund als blutig imbibiert und mehr oder weniger stark aufgelockert erwies, daß niemals eine Schorfbildung oder Gangrän zu konstatieren war, man vielmehr den Eindruck hatte, daß die Quellung, Lockerung und Ablösung der oberflächlichen Bindegewebsschichten bei der jähen Transsudation und dem rasch erfolgten Blutaustritt, einem mechanischen Moment mit zuzuschreiben war. Dazu ist noch zu bemerken, daß es nur an bestimmten Stellen, so in der Schultergegend, an der Vorderfläche der Oberschenkel, stellenweise an den Waden zur Entwicklung von Narbenkeloiden kam, während, wie erwähnt, an anderen Stellen sich völlig glatte, an anderen atrophische Narben entwickelten, woraus hervorgeht, daß bezüglich Entwicklung der Art der Narben, die Lokalisation, die Struktur des befallenen Hautgewebes eine Rolle mitzuspielen scheint. Daß Patient jetzt noch schwer anämisch und stark abgemagert ist, darf nach Überstehen eines so schweren Krankheitsprozesses nicht Wunder nehmen. Der Gesamteindruck des von der Kranken überstandenen Prozesses ist der einer schweren Infektion oder Intoxikation. Von wo die Noxe in den Kreislauf kommt, ist vorderhand nicht festzustellen.

2. Eine 52jährige Frau, die die Symptome des varikösen Symptomenkomplexes an beiden Füßen zeigt; rechts auffallende Erweiterung und Verdickung der Venen, als Ausgang lange bestandener und immer wieder rezidivierender, oberflächlicher, ekzematöser und tieferer infiltrativer Entzündungsvorgänge eine auffallende Pigmentierung und deutliche Verdickung der Haut und der Subkutis. Am linken Fuß ist der Prozeß bis zur mächtigen elephantiastischen Verdickung des Fußes gediehen; das Volumen des Fußes gegenüber der Gegenseite um 3–6 *cm* verdickt, Haut und Unterhautzellgewebe auffallend hart, in dicke Falten gelegt, tief infiltriert und chronisch entzündlich verändert; bei der Aufnahme noch offene, speckig belegte Ulzera sind jetzt vernarbt. Im Röntgenbild zeigt die Tibia bis auf unbedeutende Verdickungen der Kortikalis in geringer Ausdehnung an der inneren Seite der distalen Epiphyse keine Veränderungen; die Fibula weist in den unteren, den Haut- und Unterhautzellveränderungen entsprechenden Partien, im Bereiche der Kortikalis, ungleichmäßige Verdickungen und Auflockerungen in geringer Breite auf, so daß der äußere Kontur der Fibula in ungleichmäßiger, leicht welliger Linie verläuft, während die tieferen Schichten der Kortikalis und die Markzone völlig normal erscheinen. Die Tarsal- und Metatarsalknochen wie die Phalangen weisen trotz der hochgradigen Weichteilerscheinungen keine Veränderungen auf. Wassermann-Reaktion negativ.

Im Anschluß an diese Demonstration sei es erlaubt, eine kurze Mitteilung über die Frage „Variköser Symptomenkomplex und Syphilis" auf Grund der an meiner Abteilung gemachten Beobachtungen zu geben.



In den letzten drei Jahren kamen auf der Abteilung 152 Personen, 59 Männer und 93 Frauen, zur Behandlung, die das Bild des varikösen Symptomenkomplexes in verschiedener Intensität und Extensität darboten. Die Fälle zeigten mehr oder weniger ausgeprägte Varikositäten des Venensystems der unteren Extremitäten, oberflächliche ekzematöse Erscheinungen verbunden mit verschiedenartigen Pigmentierungen, chronisch entzündliche, infiltrative Vorgänge der Haut- und des Unterhautzellgewebes, in einzelnen Fällen, wie in dem oben demonstrierten, bis zur Elephantiasis gediehen, und mehr oder weniger zahlreiche und verschieden große Geschwüre, Ulcera cruris, die manchmal flach, manchmal unregelmäßig tief, meist von glatten, manchmal von kallösen Rändern begrenzt, erschienen. Die Röntgenuntersuchung eines Teiles der Fälle ergab manchmal völliges Freisein der Unterschenkel- und Fußknochen, fanden sich Veränderungen, so betrafen dieselben, wie in dem demonstrierten Falle, die oberflächlichen Schichten der Kortikalis, in Verdickungen und Aufhellungen mäßigen Grades bestehend und unterschieden sich dieselben von den Veränderungen, wie sie das periostale Gumma zu machen pflegt. Von diesen 152 Fällen habe ich von vorneherein 7 Fälle abgetrennt, deren Ulzerationen schon klinisch nach Form, Lage und Aussehen den Eindruck gummöser Prozesse machten; die Anamnese ergab in diesen 7 Fällen sichere Hinweise auf Lues; gleichzeitig wiesen neben den Geschwüren in drei Fällen mächtige Periostitiden auf die Diagnose Lues hin, in einem Falle bestand gleichzeitig ein gummöser periostaler Prozeß an der Brust, in einem Fall eine auffallende spezifische Leukoplakie der Zunge. Die W.-R. war in diesen 7 Fällen komplett positiv. Von den 152 Fällen, die klinisch nur als Ulcera cruris diagnostiziert werden konnten, zeigten elf ebenfalls eine positive W.-R. Die Ulzerationen dieser Fälle waren teils mehr flach, teils stellenweise sich tief einsenkend, doch gab weder eine auffallende Nierenform noch der zentrale Zerfall typischer Knotenformen Veranlassung, die Lues in diesen Fällen schon klinisch mit Bestimmtheit feststellen zu können. Es muß zu diesen Fällen hervorgehoben werden, daß eine auf den positiven Blutbefund hin eingeleitete spezifische Behandlung die Abheilung der Geschwürsprozesse in der Mehrzahl dieser Fälle auffallend zu fördern schien, so daß angenommen werden konnte, daß die Lues in diesen Fällen neben der Disposition zur Entwicklung eines varikösen Geschwürs den Gewebszerfall mitbedingte. Nur in vier Fällen von diesen zuletzt genannten übte die spezifische

Kur keinen nennenswerten Einfluß auf den Geschwürsprozeß aus. Eine Beeinflussung des varikös-ulzerösen Prozesses durch die Lues in gewissen Fällen besteht, ohne daß klinisch die Diagnose Lues gestellt werden kann. Nach meinen Beobachtungen und Erfahrungen ist die Hauptursache für die Entwicklung des varikösen Symptomenkomplexes in einer angeborenen Disposition des Gefäßsystems zu suchen; auf die Entwicklung des Prozesses wirken entschieden fördernd Kreislaufstörungen allgemeiner und lokaler Natur, die eine Stauung im venösen Gefäßsystem verursachen. Die Syphilis hat im allgemeinen mit dem varikösen Symptomenkomplex nichts zu tun und kommt als erstes ursächliches Moment für denselben nicht in Betracht. In einzelnen Fällen nur scheint eine gleichzeitig neben dem varikösen Prozeß bestehende Lues bei der Entwicklung des ulzerösen Prozesses eine gewisse Rolle zu spielen, was namentlich in der günstigen Wirkung einer spezifischen Therapie zum Ausdruck kommt. Der Prozentsatz der positiven Wassermann-Reaktionen, in einwandfreier Methode ausgeführt, ist bei meiner Zusammenstellung etwas höher als in der von Nobl, dessen Befunde sich auf 127 Fälle stützen.

Eine auffallend hohe Zahl von positiven W.-Reaktionen bei Ulcera cruris erhalten jedoch die Autoren Zinsser und Philipp, 28 positiv von 36 Fällen, und auf dieses Moment wie auf die Deutung der Röntgenbefunde schreiben diese Autoren der Lues eine ursächliche Rolle zu, eine Ansicht, die ich, wie Nobl, nicht teilen kann.

Aus meiner Statistik ist noch erwähnenswert, daß der variköse Symptomenkomplex vornehmlich am linken Fuß situiert ist. Von den 152 Fällen war 65 mal fast ausschließlich das linke, in 46 Fällen fast ausschließlich das rechte Bein, in 41 Fällen beide Beine ergriffen. Die vornehmliche Lokalisation am linken Bein kommt vielleicht dadurch zustande, daß, da die meisten Menschen Rechtshänder sind, also das linke Bein als Standbein benützen, dementsprechend dasselbe mehr anstrengen, ja oft überanstrengen und aus diesem Grunde in der linken unteren Extremität die Stauungsverhältnisse gefördert und die Entwicklung des varikösen Prozesses begünstigt wird.

Nobl. Es freut mich, in den Untersuchungen des Koll. Scherber meine früheren Erhebungen und neueren Befunde bestätigt zu sehen. Bekanntlich haben die angezogenen Autoren bei rein varikösen Geschwüren nicht nur einen erstaunlich hohen Prozentsatz positiver Seroreaktionen, sondern auch stets wiederkehrende, für Lues sprechende Knochenbefunde festgestellt. Meine systematischen, an mehreren hundert Fällen durchgeführten Röntgenuntersuchungen ergeben, daß den varikösen Prozeß nicht



nur die Geschwüre allein, allerdings sehr häufig Knochenveränderungen begleiten; doch sind diese banale Reaktionsformen des Fibula- und Tibiaperiostes, wie solche nach den verschiedensten traumatischen und entzündlichen Insulten entstehen. Charakteristische syphilitische Osteoperiostitiden bieten nur Kranke dar, deren Syphilis auch aus anderen Anhaltspunkten (Klinik, Wassermann, Anamnese) erhärtet erscheint.

Oppenheim. Ich möchte mir erlauben, auf ein differentialdiagnostisches Moment hinzuweisen, das ich bereits vor 10 Jahren auf der Klinik Finger über die Stauungsbehandlung von Haut- und Geschlechtskrankheiten publizierte. Es betrifft die Differentialdiagnose zwischen Ulcus cruris varicosum und Ulcus cruris gummosum und infectiosum. Staut man bei einem varikösen Unterschenkelgeschwür, so wird es bald schlechter, weil ja die Stauung, die den varikösen Symptomenkomplex hervorruft, das Geschwür ungünstig beeinflußt. Macht man dies jedoch bei einem gummösen Geschwür oder bei einem infektiösen, das aus einer Impetigo z. B. hervorgegangen ist, so wird es meistens besser, jedenfalls nicht verschlechtert. Diese Methode kann man auch anwenden, um Unterschenkelgeschwüre, die sich Soldaten selbst erzeugen, zu erkennen. Diese traumatischen Ulzera werden nämlich ebenfalls auf Stauung besser.

Müller. Nach den Ausführungen Scherbers bestünde in etwa 7 Prozent der Fälle latente Lues. Nach meinen Erfahrungen, die ich an vielen Tausenden von Fällen, die sicher gesund waren, erhob, scheint mir dieser Prozentsatz viel zu hoch. Es dürfte sich bei den Fällen Scherbers vielleicht um Pseudoreaktionen handeln. Diese lassen sich durch Kontrollen, wie ich sie angegeben habe und immer wieder empfehle, von echt luetischen Ausfällen bei der W.-R. trennen. Leider werden die angegebenen, wie ich glaube, unentbehrlichen Kontrollen, fast an keiner Stelle durchgeführt. Darauf sind sicherlich so manche widersprechende Resultate zurückzuführen.

Scherber. Es muß ganz besonders hervorgehoben werden, daß die Resultate der Blutuntersuchung in unseren Fällen in objektiver Weise und auf Grund einer völlig exakten, einwandfreien, nach der von Müller selbst angegebenen Methode gewonnen wurden. Der in meinen Fällen etwas höhere Prozentsatz der positiven W.-R. hat darin seinen Grund, daß es bei einem Teil dieser elf Fälle klinisch nicht möglich war, Lues an dem Geschwürsprozeß zu diagnostizieren, obwohl dieselbe nach der Wirkung der Therapie einen Einfluß auf denselben hatte. Berücksichtigt man diesen Umstand, so ergibt sich, daß die angegebene Zahl den wirklichen Verhältnissen entspricht, denn es bleiben nur vier Fälle latenter unerkannter Lues, ein Perzentsatz, der den wirklichen Verhältnissen sicherlich entspricht.

3. Einen 36jährigen Mann mit tuberkulösen Geschwüren an der Schleimhaut der Unterlippe. Zwischen mehreren, unregelmäßigen, rißförmigen Narben sieht man vereinzelte, unregelmäßig begrenzte, rißförmige, ziemlich tiefe, gelbgrau belegte Geschwüre mit unterminierten Rändern; es besteht gleichzeitig eine Infiltratio pulmonum. Der Prozeß war vor mehreren Wochen durch Pinselungen mit 50%iger Milchsäure zur Ausheilung gebracht worden und stellt der jetzige Zustand eine Rezidive des Prozesses dar.

4. Einen 32jährigen Mann mit Lues maligna ulcerosa. Der infektiöse Koitus fand Ende August 1916 statt, nach 14 Tagen entwickelte sich an der Fossa navi-

cularis eine tief zerfallende, gangränöse Sklerose, die jetzt noch, allerdings gereinigt, zu sehen ist; ohne daß es zu Drüsenschwellung kam, entwickelte sich Ende Oktober — nach scheinbar entsprechend langer zweiter Inkubation, so daß man nicht von einer Lues praecox sprechen kann — am Stamm und den Extremitäten, in fortwährend sich folgenden Schüben rezidivierend, ein Ausschlag von ganz charakteristischen Merkmalen. Wie noch bei der vor 14 Tagen erfolgten Aufnahme des Falles zu konstatieren war, entstanden sukkulente Papeln, die, rasch pustulierend und nekrotisierend, von der Oberfläche nach der Tiefe und Seite zu, schichtenweise zerfielen, so daß die ungewöhnlich großen, zum Teil von harten, braunschwärzlichen Ruppien gedeckten Ulzerationen entstanden. Während ein Teil der Ulzera spontan verheilte, entstanden fortwährend neue, so daß Patient heute mit Narben und bis fünfkronenstückgroßen Geschwüren im Gesicht, am Rumpf und den Extremitäten übersät ist. Die Schleimhaut des Mundes ist frei, dagegen ist die Nasenspitze völlig zerstört und von hier setzt sich der ulzeröse Prozeß ins Vestibulum nasi und auf die Schleimhaut fort und hat ein kronengroßes Geschwür am Septum zur Perforation der knöchernen Nasenscheidewand geführt. Auffallend ist eine mit dem Prozeß zusammenhängende schmerzhafte Arthritis des rechten Kniegelenkes. Zeitweilig besteht höheres Fieber; es bestehen, wie schon erwähnt, keine Drüsenschwellungen; die Nebenhoden sind vom Prozesse nicht befallen. Die W.-R. ist positiv.

5. Mitteilung über die Beeinflussung der Wassermannschen Reaktion im Blute latenter Luetiker durch intramuskuläre Milchinjektion.

Latente Krankheitsherde mancher Erkrankungen können durch gewisse Einflüsse, namentlich durch mit hohen Fieberanfällen einhergehende interkurrente Erkrankungen mobilisiert und das Virus jener Herde für kürzere oder längere Zeit in den Kreislauf gebracht werden. So ist bekannt, daß latente Tuberkuloseherde besonders im Kindesalter durch akute Infektionskrankheiten mobilisiert werden können, latente Typhusbazillenherde können nach eigener Beobachtung durch eine heftige Fieberattacke mobilisiert, das Virus in den Kreislauf gebracht werden, so daß eine vorübergehende Typhusbazillämie zu Stande kommt und auch bei der Beobachtung vereinzelter latenter Luesfälle gewann ich den Eindruck, daß kurzdauernde Fieberanfälle interkurrenter Erkrankungen (Angina) von scheinbar durch letztere selbst ausgelöste Syphilisrezidiven gefolgt sein können. Vor kurzem berichteten Brauer und von Thaller gleichzeitig

und unabhängig voneinander (Wiener klin. Wochenschrift, 1917, Nr. 4) über die Möglichkeit, scheinbar geheilte Malariafälle durch künstliche Mobilisierung latenter Herde manifest zu machen und die in den Kreislauf gebrachten Plasmodien im Blute wieder nachzuweisen. Beiden Autoren war künstlich erzeugtes Fieber das geeignete Mobilisierungsmittel und zwar verwendete Brauer Normalpferdeserum subkutan oder intravenös oder Milch intramuskulär, von Thaller nur das letztere Mittel.

Meine klinischen Beobachtungen wie die letzteren Mitteilungen veranlaßten mich, auch latente Luesfälle mit intramuskulären Milchinjektionen zu prüfen, um zu sehen, ob die latenten, eine negative W.-R. zeigenden Fälle durch künstlich erzeugte Fieber in ihrem serologischen Verhalten verändert werden. Von 12 negativ reagierenden Fällen mit je einer Milchinjektion zu je 10 cm^3 behandelt, zeigten vier Fälle nur eine geringe Temperatursteigerung um einige Zehntel Grad und alle diese Fälle zeigten keine Änderung der W.-R., ein Verhalten, das auch bei der Malaria so gefunden wurde. Acht Fälle zeigten Temperatursteigerungen von 38·3 bis 39·5° C und von diesen zeigten drei Fälle bei der Prüfung der W.-R. acht Tage nach der Injektion insoferne eine Änderung, als sich dann ein Fall +++ positiv, zwei Fälle ++++ positiv erwiesen. Diese Seroreaktion veranlaßte mich, bei diesen Fällen dann eine spezifische Behandlung durchzuführen.

In der Luestherapie liegen schon Versuche vor, latente Luesfälle zu mobilisieren, um nachfolgende Kuren um so wirkungsvoller zu gestalten; von diesem Gesichtspunkte aus gab man latenten Luetikern vor der Hg-Kur Jod; auch provokatorische Salvarsaninjektionen hatten denselben Zweck. Ich habe mir erlaubt, die noch kleine Zahl meiner Versuche in dieser Richtung mitzuteilen, um die Anregung zur Anwendung dieser Methode auch bei der Lues zu geben, um vielleicht dadurch ein Mittel zu erlangen, latente Luesfälle zu sichten und die Notwendigkeit weiterer Behandlung festzustellen.

Müller. Ich habe bei meinen Untersuchungen über den Einfluß von Milchinjektionen auf verschiedene Entzündungen, darunter auch Lues, gleichfalls der Frage meine Aufmerksamkeit zugewendet, ob die W.-R. beeinflußt wird. Bisher konnte ich eine Beeinflussung im Sinne Scherbers nicht in so regelmäßiger Weise finden. Das mag vielleicht mit der verschiedenen Auswahl der Fälle zusammenhängen oder auch mit dem Zeitpunkt der Untersuchung. Dagegen will ich hier wiederholt meinen Standpunkt betonen, daß ich Milch- resp. Eiweißbehandlung bei Lues auch im Frühstadium neben der spezifischen Kur für sehr angezeigt halte. Nach meiner Ansicht wirkt die Milchinjektion auf entzündliche Prozesse durch Steigerung der Entzündungserscheinungen, die wir als defensive



Faktoren des Organismus im Kampfe gegen die Infektion ansehen müssen. Wir können also durch gleichzeitige Eiweißinjektion neben den chemotherapeutischen Mitteln die Natur in ihrem Heilbestreben unterstützen. Die günstige Wirkung fieberhafter Prozesse zeigt mir in klassischer Weise ein Fall, der fünf Jahre nach erster Infektion eine zweite Sklerose akquirierte, trotzdem er zur Zeit der ersten Behandlung schon Exanthem aufwies und nur eine Quecksilber- und eine Salvarsaninjektion erhielt. Jede dieser Injektionen hatte jedoch toxische Erscheinungen mit etwa 14tägigem Fieber im Gefolge.

Scherber. Wie bei anderen chronischen Erkrankungen, so besteht sicherlich auch bei der Lues die Möglichkeit, daß bestimmte Stoffwechselvorgänge imstande sind, latente Herde klinisch sichtbar zu machen oder in anderer Weise ihr Vorhandensein erschließen zu lassen, bei dem vorgeschlagenen Verfahren durch den eventuell positiven Ausfall der W.-R. Tritt eine positive Reaktion ein, so wird man eine spezifische Kur folgen lassen und Fieberreaktion und entsprechende Behandlung werden nur von Nutzen sein.

Für das Redaktionskomitee:

Prof. Dr. Grosz.

Verhandlungen der Royal Society of Medicine.

Dermatologische Abteilung.

Sitzung vom 20. Juli 1916.

Little, E. G. G. Xanthoma tuberosum.

Bei der 50jährigen Patientin begann die Affektion vor 10 Jahren mit Schwellungen am rechten Oberarm. Sie waren schmerzlos und führten zur Bildung einer Geschwulst. Seit zwei Jahren erscheinen orangegelbe Knoten über beiden Ellenbogen. Dann traten ähnliche auf der Vorderseite der Knie auf. Die Furchen der Handteller waren etwas gelber als die normale Haut. L. erinnert an einen ähnlichen Fall von Evans (Brit. Journ. Derm., 1902, p. 465). Kein Diabetes. Röntgenbestrahlungen hatten keine Wirkung, im Gegensatz zu der Heilung von Evans Fall nach dieser Therapie.

Diskussion. Mac Leod beobachtete einen Fall mit einem so ausgedehnten Xanthom, wie er es nie beschrieben gefunden hat.

Pringle bemerkt, daß die Veränderungen oft die Arterien befallen. Er sah eine xanthomatös erkrankte Aorta.

Stowers, J. H. Lupus vulgaris faciei.

Bei dem 18jährigen Mädchen begann die Erkrankung vor 5 Jahren am Mundwinkel, um schnell weiter zu schreiten. Schwellung der beiderseitigen Halsdrüsen. Trotz Röntgen- und Finsenbehandlung kein befriedigendes Resultat.

Diskussion. Pernet frägt, ob Jodkalium und Chlorwasser versucht wurde.

Eddowes rät die Einspritzung eines Quecksilberpräparates in das infiltrierende Gewebe. Er hatte bei einem Fall von Tuberkulose mit großer Tumorbildung am Gesäß auf diese Weise einen vollen Erfolg.



Sibley rät Jodkali und Chlorwasserbehandlung.

Prichard rät eine Salbe von Quecksilberbijodid an.

Stowers bemerkt, daß gegen die Schleimhautveränderungen Pfannenstills Methode ohne Erfolg angewendet wurde, ferner Karbolsäure, Chromsäure, Quecksilbernitrat, Quecksilberoleat und Pyrogallussäure.

Pernet, G. Dermatitis herpetiformis.

Bei dem 9jährigen Knaben begann die Erkrankung vor 16 Monaten. Zur Zeit finden sich auf dem oberen Teil der Brust und der Bauchgegend Erythem, Bläschen und große Blasen in verschiedenen Entwicklungsstadien. Der Rücken ist weniger stark befallen. Kein Jucken, doch Schmerzempfindlichkeit. Der Fall zeigt wochenlanges Freibleiben und dann neue Attacken. Er gehört unter Brocqs Dermatitis polymorphes douloureuses aiguës récidivantes.

Diskussion. Samuel diagnostiziert Pemphigus, denn die Veränderungen beginnen als reine Blasen in anscheinend gesunder Haut. Das bestehende Erythem ist nicht vor den Blasen entstanden, sondern hat sich an diese angeschlossen. Ferner fehlt der Juckreiz. Ferner ist das Kind sehr heruntergekommen.

Little erinnert an eine ähnliche Diskussion im Anschluß an eine ähnliche Demonstration vor 8—9 Monaten.

Pernet verteidigt seine Diagnose. Der Knabe hatte früher deutliche erythematöse Stellen; auf einigen waren Bläschen und Blasen; dieselben waren teilweise gruppiert.

Pernet, G. Ausgedehnter Lupus vulgaris exuberans des Beines, entstanden aus einem tuberkulösem Abszeß.

Das 15jährige Mädchen hatte im Alter von 8 Jahren einen tuberkulösen Abszeß an der rechten Hüfte. Die von diesem herrührende deprimierte Narbe war der Mittelpunkt eines das Hautniveau überragenden Lupusherdes. Weitere Herde in der Umgebung.

Pernet, G. Lupus vulgaris disseminatus nach Masern mit spontaner Involution einiger Herde.

Die Lupusherde traten nach Masern auf und kamen gleichzeitig zum Vorschein. Drei typische kleine Herde auf der linken Wange, abgeheilte Herde auf der rechten Wange. Das Kind leidet an Frostbeulen. In der Anamnese keine Tuberkulose.

Sibley, W. K. Urticaria pigmentosa bei einem 19jährigen Soldaten.

Die Eruption, die vor 2 Monaten begann, hat den Stamm, Arme und Hüften befallen. Die Haut ist leicht urtikariell. Kein Juckreiz.

Little, E. G. G. Urticaria pigmentosa beim Erwachsenen.

Bei dem jetzt 35jährigen Patienten ist die Krankheit im Alter von 17 Jahren aufgetreten und besteht seit dieser Zeit. Er hat an Stamm, Armen und Handgelenken kleine rote und rotbraune Flecken. Beim Reiben treten die Herde stärker hervor. Ausgesprochene Urticaria factitia, doch sehr geringer spontaner Juckreiz. Histologisch wurde der für U. p. typische Befund festgestellt, speziell fand sich eine enorme Anhäufung von Mastzellen.

Diskussion. Little diagnostiziert auch bei Sibleys Fall Urticaria

pigmentosa. Das Fehlen des Juckreizes spricht nicht gegen die Diagnose, starker Juckreiz ist bei U. p. selten.

Pringle meint, Littles Fall wäre eine sichere Urticaria pigmentosa, doch Sibleys Fall könnte eventuell auch ein Fall von Hydradénomes éruptifs sein.

Adamson, *Stowers*, *Eddowes* halten beide Fälle für Urticaria pigmentosa.

Sibley, W. K. Lichen obtusus corneus.

Die Veränderungen, um die es sich handelt, traten zuerst vor 12 Jahren auf und haben seitdem zugenommen. Befallen sind Vorderarme und Handrücken beiderseits, Knöchelgegend und Knie. Es handelt sich um zahlreiche disseminierte, weiße, trockene, harte, runde Knötchen, die teilweise Knorpelkonsistenz aufweisen, etwa 50 an Zahl. Sie haben alle etwa Erbsengröße. Alle Veränderungen haben an der Spitze kraterförmige Einziehungen, die teilweise von hämorrhagischen Pflöcken ausgefüllt sind. Einige kleine Lichen planus-Papeln an der Streckseite des linken Vorderarms. Einige zirzinäre lichenoide Herde an Penis und Skrotum. Keine Munderscheinungen. Histologisch findet sich eine Hyperkeratose, erhaltene Kerne im Stratum corneum, an deren Basis sich zwei kleine, von polynukleären Leukozyten ausgefüllte Hohlräume finden. Stratum granulosum verdickt. Verdickung des Stratum mucosum, Verlängerung der Papillen. Im Korium Zunahme des Bindegewebes und der Bindegewebszellen. Starker Juckreiz. Besserung durch eine Karbolsäuresalbe.

Diskussion. *Little* hält den Fall für eine klinische Varietät des hypertrophischen Lichen planus.

Sibley, W. K. Sarkoma multiplex pigmentosum Kaposi.

19jähriger russischer Rekrut. Seit elf Monaten Ulzeration am Bein. Das rechte Bein ist dunkel pigmentiert und induriert mit oberflächlicher Geschwürsbildung. Histologisch findet sich eine Vermehrung neugebildeter dilatierter Blutgefäße, Zellanhäufung und Pigmentierung.

Diskussion. Die Diagnose wird angezweifelt.

Dore hält den Fall für ein Lymphangiom.

Sitzung vom 18. Oktober 1916.

Shaw, H. B. und Loughlin. Leukozythaemia cutis.

Der Fall wird später veröffentlicht werden.

Adamson, H. G. Schambergs Krankheit.

Schamberg beschrieb 1901 (Brit. Journ. of Dermat., p. 1) einen Fall als „eigenartige progressive Pigmenterkrankung der Haut". Weitere Fälle derselben Art wurden von Colcott Fox, Little und Whitfield als „Schambergsche Krankheit" vorgestellt. Die Krankheit beginnt an den Unterschenkeln, gelegentlich an den Armen oder Handgelenken mit Gruppen kleiner rotbrauner Flecken oder Punkte, die ineinander übergehen und größere braune Flecke bilden. Die Krankheit, die keine oder nur unbedeutende subjektive Beschwerden macht, schreitet jahrelang langsam vor. Einen derartigen Fall stellt A. vor. Er schließt: Scham-





bergs Erkrankung ist eine langsam fortschreitende entzündliche Affektion. Es findet sich eine Erweiterung der Blutgefäße mit lokalisierten Herden einer Zellexsudation oder -Proliferation. Die Pigmentation kam nicht zustande durch Blutveränderungen als Folge einer hämorrhagischen Purpura, sondern durch spindelzellenartige Ansammlung von Pigmentkörnchen. Daß Stase nicht notwendigerweise ein kausaler Faktor war, wurde durch die Tatsache erwiesen, daß die Unterarme wie die Beine befallen waren. Die symmetrische Verteilung der Krankheitsherde an Armen und Beinen und der histologische Befund ließ den Fall vom Bilde des Angioma serpiginosum unterscheiden.

Diskussion. Whitfield bemerkt, daß das von Hutchinson beschriebene Angioma serpiginosum nie histologisch untersucht wurde, daß es wohl identisch ist mit der Krankheit Schambergs und eine kapillare Angiosklerose mit sekundären entzündlichen Veränderungen darstellt.

Whitfield, A. Dermatitis pruriginosa, verursacht durch Infektion mit Krätzemilben der Katze.

Es handelte sich um eine kleine Hausepidemie einer Affektion, die zuerst als gewöhnliche Skabies aufgefaßt wurde. Die Diagnose wurde dadurch erschwert, daß der ersterkrankte Familienvater in der Tat an gewöhnlicher Krätze erkrankte. Bei der Frau und dem Hausmädchen fanden sich fleckenartige Eruptionen kleiner Papeln, die von einem roten Hofe umgeben waren; an einzelnen Stellen fanden sich in diesem Fall auch kleinste Bläschen. Besonders befallen waren die Unterarme, die Oberarme, die Hüften, die Brüste, Bauch und behaarter Kopf. Er dachte zuerst an Hundekrätze, aber als Infektionsquelle wurde eine junge Katze gefunden. An dieser gelang der Nachweis einer Milbe, die der menschlichen glich. Es scheint, als ob die Katze an zwei verschiedenen Krätzmilben erkranken kann, von denen die eine von der menschlichen nicht zu unterscheiden ist, die andere, Acarus minor, verursacht gewöhnlich den Tod des Tieres. Er bemerkt nebenbei, daß er die Infektion mit Krätze vom Hunde als gewöhnlich, mit Mikrosporie als selten ansieht, bei der Infektion von der Katze aus ist das Verhältnis umgekehrt.

Sequeira, J. H. Resistente ekzematöse Eruption verbunden mit Erythrämie.

Der jetzt 28jährige Patient bemerkt seit 1912 ein Dunklerwerden des Gesichtes, seit 1914 eine purpurne Verfärbung des Gesichtes, der Arme und Beine, besonders beim kalten Wetter. Der Patient ist dyspnoisch und hat an den Knöcheln Ödeme. Am Gesicht und auf der Brust findet sich eine makulöse Eruption; an den Beinen sind infiltrierte Herde vorhanden. Die Blutuntersuchung ergibt eine persistente Polyzythämie (durchschnittlich 9 Millionen rote Blutkörperchen).

Diskussion. Weber hält den Fall nicht für eine Erythrämie, sondern für die Folgen eines Lungenemphysems und einer Lungenfibrose, die oft zu einer Vermehrung der Erythrozyten führt.

Sequeira, J. H. Adenoma sebaceum (Typus Pringle) bei Mutter und Tochter.

Die Tochter weist die charakteristischen symmetrischen roten



nävoiden Veränderungen in den Nasenlippenfalten und in der Nachbarschaft auf. Die Mutter hat Narben an denselben Stellen, herrührend von elektrolytischer Behandlung.

Diskussion. Stowers sah gute Erfolge durch Behandlung mit 99%-iger Karbolsäure.

Sibley, W. K. Fall zur Diagnose.

Bei dem 48jährigen Mann begann die Erkrankung vor 9 Jahren und zwar an der Außenseite der rechten Hüfte, um dann auf beide Beine bis zu den Knöcheln überzugehen; jüngst sind auch die oberen Augenlider befallen. Zur Zeit sitzt die Eruption mehr oder weniger symmetrisch auf Schultern, Armen, Gesäß, Beinen, Hüften und oberen Augenlidern. Schleimhaut frei. Es handelt sich um kleine, leuchtend rote Papeln und Follikulitiden. Einige der kleinsten Herde weisen leichte Pustelbildung auf. Vergrößerung der Leisten- und Achselhöhlendrüsen. Histologisch fanden sich im Korium große Zellanhäufungen, die teilweise kleine Riesenzellen enthielten.

Diskussion. Weber bemerkt, daß man bei der Vergrößerung der Lymphdrüsen an Leukämie denken müßte und schlägt eine Blutuntersuchung vor.

Mc Donagh hält den Fall für ein aleukämisches Lymphozytom. Die Hautveränderungen sind typisch, dazu kommt die verallgemeinerte Adenitis. Auch das histologische Bild entspricht dieser Diagnose.

Pernet, G. Schwere Joderuption.

Es handelt sich um einen ausgedehnten Ausschlag, teils Jodakne, teils um tuberöse Veränderungen, die nach dem Gebrauch der jodkalihältigen Clarkeschen Blutmixtur aufgetreten waren.

Dore, S. E. Lokalisiertes Schwitzen des Gesichtes und Hidrokystom?

Der 44jährige Patient leidet seit 2 Jahren an starkem Schwitzen in den vom 1. und 2. Ast des Trigeminus versorgten Hautgebieten. Das Schwitzen ist linkerseits stärker ausgesprochen; es tritt bei Erregung und nach dem Genuß heißer, alkoholischer Getränke auf. Seit sechs Monaten besteht eine Eruption oberflächlicher Bläschen an der Stirn über der Nase, die nicht konstant ist.

Weber, F. P. Sarkoma multiplex idiopathicum haemorrhagicum Kaposi.

Ist im Originalteil derselben Nummer erschienen.

Stowers, J. H. Zirkumskripte Sklerodermie (Morphoea) bei einem Kinde.

Befallen sind das Gesicht und der behaarte Kopf. Die charakteristische perlmutterne Verfärbung und der violette Saum sind sehr ausgesprochen.

Dore, S. E. Sekundäre karzinomatöse Ulzeration der Haut.

Bei der 42jährigen Patientin war die halbe Brust wegen einem

Skirrhus vor sieben Jahren entfernt worden. Jetzt finden sich Hautveränderungen, die wohl als sekundäre Geschwülste aufzufassen sind.

(Referiert nach dem Originalbericht in The British Journal of Dermatology. 1916. Okt.-Dez. p. 821—345.)

Fritz Juliusberg (Posen).

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift. Bd. XXIII.

1916. Heft 9—11.

Ruete. Beiträge zur Frage der Tuberkulide und des Lupus erythematodes. p. 513, 602.

Zwei Fälle von pustulöser und pemphigoider Abart der Folliklis werden beschrieben, die bei dem einen in herpetischer Form angeordnet waren. Es kann andererseits auch zu Tuberkulosis verrucosa führen. In seltenen Fällen tritt durch Narbenbildung Verstümmelung und Verkrüppelung einzelner Glieder ein. Auffällig ist manchmal die ganz besondere Lichtempfindlichkeit. Therapeutisch haben sich bei vorsichtiger Anwendung in manchen Fällen Höhensonnenbäder — natürlich oder künstlich — von gutem Erfolg gezeigt. In vier Fällen von Lupus erythematodes wurde der Zusammenhang mit Tuberkulose teils histologisch, teils durch Tuberkulinreaktion erbracht. Einzelne Fälle von Lupus erythematodes zeigten eine starke Idiosynkrasie gegen Chinin.

Polland, E. Fibromatosis subungualis. p. 542.

Bei einem 39jährigen Mann wachsen an allen Fingern und Zehen unter dem Nagelfalz linsen- bis kirschengroße Tumoren hervor, die von anscheinend normaler Haut überzogen sind. Die Handnägel weisen längstgestellte Risse und Falten, Auffaserung und Aufsplitterung an den Rändern auf; an den Zehen fehlen die Nägel zum Teil oder sind in Form von Resten vorhanden. Nach operativer Entfernung wachsen die Tumoren rasch wieder nach.

Gerlach, K. W. Weißwerden der Haare und Haarausfall nach psychischem Trauma oder Vitiligo mit seborrhoischer Alopecie? p. 545.

Bei einem Soldaten zeigte sich kurze Zeit nach einem Gefechte über dem Nacken an umschriebener Stelle Weißwerden der Haare und rote, rundliche Flecken an beiden Wangen. Nach längerer Pause kam der Betreffende wieder ins Feuer und nun fielen die Haare büschelweise aus, wuchsen



weiß nach und am gesamten Körper entstanden weiße Flecke. Doch dürfte es sich bei diesem Falle bloß um zufällig miteinander auftretende Vitiligo und Seborrhoea oleosa handeln.

Bender, Julie. Über die Degenerationsformen der Gonokokken und Einlagerungen in den Epithelien des gonorrhoischen Eiters. p. 577.

Die von Asch und Adler behauptete allmähliche Umwandlung der Gonokokken in grampositive Formen trifft nicht zu. Die als Gonokokken angesehenen Gebilde sind pathologische Zerfallsprodukte der Leukozyten des gonorrhoischen Eiters, die Glykogen sein dürften und dessen Vorstufen (Ehrlich) oder Amyloid und dessen Vorstufen (Czerny).

Haxthausen, H. Epithelproliferationen, hervorgerufen durch Einwirkung von Anilin auf die Haut. p. 595.

Anilin und p-Amidophenol haben die Fähigkeit, an der Haut Proliferation der Epidermis hervorzurufen. Es kommt erst zu einer Rötung der Haut und Abschälung, dann beginnt sich die Haut zu verdicken. Vielleicht liegt in dieser Eigenschaft des Anilins die Ursache für den Krebs der Harnwege bei Anilinarbeitern.

Hell, F. Soorerkrankung der hintern Harnröhre (Urethritis posterior mycotica) mit Incontinentia urinae. p. 642.

Bei einem 29 Jahre alten Mann trat eine leichte Phimose auf, Pollakurie, in letzter Zeit spontaner Urinabfluß. Am Innenblatt des Präputiums haftet eine leicht bröcklige, weiße Membran, die bei der mikroskopischen Untersuchung ein wirres Geflecht zarter, scharf begrenzter, wenig verzweigter Pilzfäden, mit spärlich dazwischen eingestreuten ovalen Gonidien zeigt. Im Harn Zucker positiv. Kulturell ließ sich der Pilz als Soor nachweisen. Bei der Endoskopia posterior zeigen sich an der Basis des Colliculus spärliche weißliche Plaques, die aus Soorpilzen bestehen. Ebenso war im Abstrich der Tonsillen und der Mnndschleimhaut kulturell Soor vorhanden. Die Behandlung bestand in täglichen Pinselungen und Guyon-Injektionen mit 30% Borax-Glyzerin, worauf in kurzer Zeit der Soorpilz und alle Beschwerden schwanden. Über den primären Herd der Erkrankung kann nichts Sicheres ausgesagt werden, doch spricht nichts für eine hämatogene Infektion. Am ehesten dürfte die Mundhöhle als primäre Stelle anzunehmen sein, dann kam es auf irgend eine Weise zur Infektion des Präputiums und von da aus zur Erkrankung der hintern Harnröhre.

Zirn. Die Behandlung der Krampfadern mit intravenösen Sublimatinjektionen. Eine Methode für den praktischen Arzt. p. 650.



Eine 1% Sublimatlösung (Hydrarg. bichlor. 1·0, Natr. chlorat. 10·0, Aqu. dest. ad 100·0) wird in der Menge von 1—2 *ccm* in die gestaute Vene injiziert. Der Kranke steht dabei aufrecht. Nach Einstich der Nadel entleert man die Vene durch Ausstreichen und Hochheben des Beines, klemmt zentral ab und injiziert. Nachher erfolgt Massage der Stelle. Die Thrombosierung ist in der Regel schon nach einigen Stunden festzustellen.

Kontraindikation: Nephritis und schwere Arteriosklerose.

Goldberger, Eduard. Zur Frage der Salvarsanbehandlung bei weichen Schankergeschwüren. p. 661.

Bei Verdacht auf Syphilis wird es dem Arzte bei sorgfältiger Untersuchung der Geschwüre fast stets gelingen, sichere Grundlagen für seine Diagnose zu gewinnen. Der Nachweis der Spirochaeta pallida im Geschwürssekret, eventuell im Punktat einer verhärteten Lymphdrüse ist absolut beweisend, ebenso eine stark positive Wassermannsche Reaktion und ausgesprochen positive Luetinreaktion (Noguchi). Auch das typische klinische Bild unterstützt die Diagnose, ebenso eine Verdacht erregende Anamnese. Es gibt viele diagnostische Hilfsmittel zur Diagnose der Syphilis; man muß nur das richtige zu wählen wissen. Der Vorschlag Müllers, auf jeden Fall Ulcera mollia mit Salvarsan zu behandeln, muß deshalb abgelehnt werden.

Gennerich. Über eine im Schützengrabendienst erworbene, progressive, diffuse Hautatrophie an beiden Beinen. p. 673.

Am rechten Fußrücken beginnend verbreitete sich die Erkrankung im Laufe eines Jahres über das ganze rechte Bein vorn bis zur Leistenbeuge und hinten bis über das Gesäß, griff dann auch von oben her aufs linke Bein über, das jetzt bis zum Knie erkrankt ist. An der Grenzzone bestand mäßige Infiltration mit leicht bläulichrotem Farbenton. Die älteren Stellen zeigen schlaffe, eingesunkene Haut, die stark verdünnt, transparent, trocken, haarlos, unelastisch und in grobe Falten gelegt ist. Histologisch fand sich im Randgebiet, der gesund aussehenden Haut entsprechend, Entzündung, aber noch keine Degeneration. An der erkrankten Haut sieht man Infiltration mit Atrophie, dann Schwund des Bindegewebes und Zerstörung des elastischen Gewebes. Hugo Hecht (Prag).

Dermatologische Wochenschrift.

Bd. LXIII. Nr. 27—46.

Nr. 27.

Lipschütz, B. Die klinischen Merkmale des Fleckfieberexanthems. p. 627.



Nicht beendet.

Unna, P. G. Hautaffektionen des Naseneinganges. p. 640.

Nicht beendet.

Kaufmann, A., J. C. White. Nekrolog.

Mulzer, P., Alfred Wolff. Nekrolog.

Nr. 28.

Gärtner, W. Weitere Beiträge zum Alopeziephänomen bei meningealer Syphilis. p. 659.

Gennerich konnte in 30 Fällen von Alopecia specifica 29 mal erhebliche Liquorveränderungen feststellen, so daß man wohl berechtigt ist, den syphilitischen Haarausfall als ein recht zuverlässiges Symptom einer latenten meningealen Syphilis anzusprechen. Gärtner berichtet nun aus Gennerichs Abteilung über weitere 10 Fälle. Trotz energischer Kombinationskur verhalten sich die mit Alopezie einhergehenden histologischen Meningorezidive gegen die Allgemeinbehandlung oft recht hartnäckig. In einem Fall trat nach Einleitung der Allgemeinbehandlung lokale Herxheimersche Reaktion seitens der Meningen auf, indem Pandy ++ wurde und die Lymphozytose bedeutend zunahm. Nach endolumbaler Salvarsanbehandlung gingen diese Erscheinungen zurück. Die Beseitigung des pathologischen Liquorbefundes muß mit allen Kräften angestrebt werden, da auch bei klinisch völlig latenten und beschwerdefreien Fällen die seinerzeit erzielte Besserung des Liquorbefundes nicht immer standhält. In mehreren derartigen Fällen, bei denen die Behandlung aus äußeren Gründen nicht fortgesetzt wurde, trat Paralyse ein, in einem Taboparalyse. In 3 Fällen ergab sich noch metamnestisch die Bedeutung des Alopeziephänomens, indem diese Fälle schon kurze Zeit nach der Infektion Ausfallserscheinungen seitens des zentralen Nervensystems erkennen ließen. Fälle mit histologischen Früh-Meningorezidiven, wie sie besonders bei Alopecia specifica vorliegen, müssen neben planmäßiger Durchbehandlung auch gleichzeitig einer endolumbalen Salvarsanbehandlung unterzogen werden.

Lipschütz, B. Die klinischen Merkmale des Fleckfieberexanthems. p. 666.

Nach übersichtlicher Darstellung der einzelnen Hauptformen des Fleckfieberexanthems beschreibt Lipschütz ausführlich die Merkmale der Einzeleffloreszenz, die Art der Ausbreitung und Generalisierung des Exanthems, seine Prädilektionsstellen, die Lokalisation des Exanthems an den einzelnen Körpergegenden. Weiters berichtet er über einige seltenere klinische Formen des Exanthems (retikuläres Erythem, pseudomorbillöses, beziehungsweise skarlatiniformes Erythem auf der

Streckseite der Vorderarme, Keratosis follicularis haemorrhagica), über die Beeinflussung des Exanthems durch die Hautbeschaffenheit, die hämorrhagischen Komponente des Fleckfieberexanthems, das Verhalten des Exanthems zu gewissen präformierten Hautgebilden und die zeitlichen Faktoren in der Evolution des Exanthems. Bezüglich der interessanten Einzelheiten sei auf das Original verwiesen. Was die Diagnose des Fleckfieberexanthems betrifft, so hebt Lipschütz in differentialdiagnostischer Hinsicht hervor, daß ein Exanthem nur dann als Fleckfieberexanthem diagnostiziert werden soll, wenn isolierte, regellos angeordnete Flecken bestehen, die keine weitere Umwandlung zur Papel, Bläschen oder Pustel zeigen. Das Bild zeigt große Ähnlichkeit mit einem makulösen Syphilid. Dadurch unterscheidet es sich von den Exanthemen bei Typhus abdominalis und bei Meningitis cerebrospinalis epidemica.

Unna, P. G. Hautaffektionen des Naseneinganges. p. 679.

Genaue Beschreibung der Behandlung der feuchten und trockenen Dermatosen des Naseneinganges, von welchen Unna zu den ersteren: Ekzem und Impetigo bei Kindern und Sykosis subnasalis mit Rhinitis bei Erwachsenen, zu den letzteren umschriebenes Erysipel und Follikulitis der Vibrissen rechnet.

Nr. 29.

Schleicher, M. Zur Ätiologie der Onychogryphosis und der subungualen Hyperkeratose. p. 691.

Nach Würdigung der einschlägigen Literatur berichtet Verf. über 53 Fälle von an Varizen leidenden Frauen, von welchen 43 = 82% pathologische Nagelveränderungen aufwiesen. (Onychogryphose, beziehungsweise subunguale Hyperkeratose.) Bei 39 von diesen ergab die Anamnese nichts, auf das man hätte das Leiden beziehen können. Es kann daher nur die Stauung und mangelhafte Hauternährung für die Onychogryphosis verantwortlich gemacht werden. Das größte Kontingent für sie liefert der variköse Symptomenkomplex.

Unna, P. G. Ohrekzem. p. 711.

Nicht beendet.

Nr. 30.

Nobl, G. Lichen ruber der Genitalschleimhaut. p. 723.

Unter 26 Fällen von Lichen planus fand Nobl 3 mal Lichen planus der Genitalschleimhaut, durchwegs bei Frauen. Da sich unter den Fällen 20 Frauen befanden, läßt sich die Verhältniszahl wohl noch höher fassen. Bei systematischer Untersuchung ist daher neben der Mundhöhlenschleimhaut auch

die des weiblichen Genitales „aus dem Aufzählungsbereich der seltenen Lokalisationen des Lichen ruber planus auszuscheiden".

Delbanco, E. Über eine chronische Ulzeration am Anus (Ulcus chronicum ad anum?) p. 727.

43jähriger Soldat. Bestand der Affektion 11 Jahre. Die Ulzeration wird begrenzt von einem im Niveau der gesunden Haut liegenden Narbenring; sie enthält steil geschichtete fibröse Züge von Narbenbrücken. Dicht am Anus pendelnde Lappen von derbem fibrösem Gewebe. An einzelnen Stellen ist das weichere Gewebe gefältelt, dort fistelt es. Syphilis, Tuberkulose, Karzinom konnten ausgeschlossen werden.

Unna, P. G. Ohrekzem. p, 731.

Ausführliche Erörterung der Behandlung des Ohrekzems.

Nr. 31.

Buschke, A. Zur Kenntnis der Neurorezidive nach gemischter Behandlung der Frühsyphilis. p. 739.

Ein kräftiger, 24jähriger Mann akquiriert Lues und wird im Primärstadium einer kombinierten Hg-Neosalvarsanbehandlung unterzogen. 2 Monate nach Beendigung der Kur meningitische Erscheinungen, W.-R. +. Zunächst 4 Kalomelinjektionen, dann als Tastdosis 0·15 Neosalvarsan intravenös. Tod nach 2 Tagen unter Erscheinungen von Hirnschwellung oder Encephalitis haemorrhagica. Daraus ergibt sich, daß die Behandlung des Primäraffektes mit Salvarsan und Hg möglichst intensiv und womöglich in kürzeren Zwischenräumen durchgeführt werden soll oder man verzichte ganz auf das Salvarsan. Dem Neurorezidiv liegt häufig, vielleicht regelmäßig, eine mehr weniger ausgedehnte Meningitis resp. Arteriitis zu grunde. Anhaltende Kopfschmerzen nach Primärbehandlung der Lues, besonders mit Salvarsan, sind, auch ohne sonstige Symptome von Hirnlues, ohne + W.-R. im Blut und Liquor, ohne Lymphozytose oder Nonne im Liquor, als Hirnlues energisch spezifisch zu behandeln und zwar vor allem mit Hg und Jod (Kalomel!), mit Salvarsan erst dann, wenn mit den ersteren keine Fortschritte zu erzielen sind. Vorbehandlung mit Hg schützt nicht sicher vor unangenehmen Erscheinungen bei folgender Salvarsanbehandlung.

Beron, B. Die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten unter den in Mazedonien stehenden bulgarischen Truppen und die Frage der Prostitution in den eroberten Gebieten. p. 743.

Nicht beendet.

Nr. 32.

Bruck, C. Über die Schuppenflechte im Kriege und ihre Behandlung mit Cignolin. p. 755.



In den von Bruck beobachteten Psoriasisfällen konnte er in etwas mehr als in 1/10 der Fälle Heredität nachweisen, in 1/10 familiäres Auftreten. Die nervöse Theorie der Psoriasisentstehung fand im Kriege keine Stütze. Seine Erfahrungen an ungefähr 100 Patienten mit Psoriasis, Erythrasma. Pityriasis rosea, parasitären und seborrhoischen Ekzemen mit Cignolin ergaben bei schwachen Konzentrationen (1‰) sehr günstige Erfolge bei Pityriasis rosea, Erythrasma und seborrhoischem Ekzem, bei Psoriasis keine befriedigenden Erfolge bis auf die des Gesichtes und behaarten Kopfes. 1% frisch bereitete Azetonlösungen wirkten dagegen sehr gut. Starke Konzentrationen (bis 5%ige Salben) wirkten äußerst prompt.

Beron, B. Die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten unter den in Mazedonien stehenden bulgarischen Truppen und die Frage der Prostitution in den eroberten Gebieten. p. 759.

Die Geschlechtskrankheiten sind im allgemeinen unter dem Militär des mazedonischen Inspektionsbezirkes schwach verbreitet. Trotzdem erfordern sie und die schlechte Einrichtung der Prostitution Maßregeln, die auch auf die Bevölkerung ausgedehnt werden müssen. Bezüglich der Details sei auf das Original verwiesen.

Elschnig, A. Die Behandlung der Blepharitis ciliaris. p. 767.

1. Blepharitis squamosa: Trockenhaltung, Bor-, Ichthyol-, Resorzin-Salben. An die Bindehaut leichte Adstringention. Bei „Conjunctivitis Meibomiana" methodische Glasstabmassage, daneben Seborrhoebehandlung.

2. Blepharitis ulcerosa: Trockenhalten, energisches Einpinseln mit 1% Argent. nitric. Bei ausgesprochener Hyperkeratose Borsalbe, sonst Zinksalizyl-, Xeroform-, Noviformsalbe, bei Rückgang Zinkichthyol-, Resorzin- oder Zinkmattansalbe, in hartnäckigen Fällen Histopinsalbe.

3. Blepharitis als Teilerscheinung der Diplobazillen-Konjunktivitis: Zink- oder Oxyzyanataugentropfen, an die Lidhaut Arg. nitr. 1%, Zinkpaste 10%.

4. Blepharitis pustulosa: Epilation, Tuschierung mit Arg. nitric. 1% oder Lapisstift. Längere Zeit Salbenverband über Nacht.

Bei 2 und 4 leistet bei Rückgang der Reizerscheinungen Präzipitatsalbe gute Dienste.

Nobl, G. Eduard Lang. Nekrolog. p. 709.

Nr. 33.

Galewsky. Über die Heilung der plastischen Induration mit Radium. p. 779.



Galewsky erzielte in einem Falle vollkommenen Heilerfolg durch etwa 40 Radiumbestrahlungen. In einem zweiten, noch nicht zu Ende behandelten Falle Besserung nach 6 Belichtungen.

Saalfeld, E. Zur Kasuistik der extragenitalen Primäraffekte. p. 783.

Primäraffekt am Unterschenkel, entstanden durch Aussaugen einer Hundebißwunde seitens eines Luetikers. Drei Fälle am behaarten Kopf. Ein Primäraffekt saß im äußeren Gehörgang, übergehend auf die Ohrmuschel. Bei einem Fall von Tonsillarschanker trat später luetische harte Schwellung der Prostata ein. In einem Fall von Lippenschanker traten nach der Salvarsaninjektion schwere Erscheinungen, am 6. Tag p. i. scharlachähnliches Exanthem auf; bei einem 2. Lippenschanker kurzdauernder Kollaps. Ein Fall von Primäraffekt der Zunge hatte seine späteren Rezidive nur in Form von Papeln auf der Zunge.

Nr. 34.

Klausner, E. Über seltene Formen echter Arzneiüberempfindlichkeit. p. 803.

Klausner berichtet über folgende bisher unbekannte Formen von Arzneiüberempfindlichkeit.

1. Jodoform. Die Jodoformempfindlichkeit des Patienten war eine so große, daß ein Wattetupfer, der über eine 10%ige Jodoformglyzerinsuspension in 10 *cm* Entfernung durch 12 Stunden gehalten und dann auf die Haut durch 12 Stunden angedrückt wurde, nässende Dermatitis hervorrief. Eine Übertragung der Jodoformüberempfindlichkeit des Patienten mittels Epithellappens auf einen normalen Menschen gelang nicht. Dagegen antwortete seine Haut auch bei innerer Darreichung geringer Mengen von Jodoform auf Schleimhäute (Aufnahme per os und Blasenspülung) sowie bei subkutaner Applikation (unter allen Kautelen) mit ausgesprochener Jodoformdermatitis.

2. Quecksilber. Der Fall (Mediziner) ist bemerkenswert: Durch seine hochgradige Überempfindlichkeit gegen Hg in den verschiedensten Verbindungen und Formen, das konstante Befallenwerden von Gesicht, Händen und Genitalgegend durch die intensivsten Ekzemerscheinungen, die seltene Beobachtung des gleichzeitigen Auftretens von Hautüberempfindlichkeitserscheinungen bei äußerer Berührung mit Hg und nach Einbringung geringster Mengen auf Schleimhäute, endlich durch das plötzliche Aufhören der Überempfindlichkeit nach jahrelang bestehender hochgradigster Idiosynkrasie gegen Hg.

3. Veronal. Echte Überempfindlichkeit gegen Veronal, die sich stets durch Auftreten eines scheibenförmigen Erythems an der Glans penis charakterisierte.

4. Perubalsam. Hochgradige, erworbene Überempfindlichkeit gegen Perubalsam, die anscheinend noch nicht beobachtet worden ist.

Veress, Fr. v. Typische Varizella- und Varioloisfälle im Anschluß an Choleraschutzimpfung. p. 809.

Von den beobachteten Variolois- und Varizellafällen zeigten 5 zwei bis fünf Tage nach der Choleraschutzimpfung die größte Zahl der Effloreszenzen um die Injektionsstelle gruppiert. Verf. erklärt dies folgendermaßen: Während der der Choleraimpfung folgenden negativen Phase sind die gegen die Cholerainfektion gerichteten Schutzstoffe vermindert. Es ist in dieser Zeit vielleicht nicht bloß die Menge der spezifischen Choleraschutzstoffe vermindert, sondern es ist höchstwahrscheinlich die Fähigkeit der Produktion von Schutzkörpern überhaupt herabgesetzt. so auch gegenüber anderen Infektionskrankheiten z. B. gegen Varizella und Varioloïs.

Delbanco, E. Zu Berons Bericht. p. 812.

Mitteilung der „Instruktion für den Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten in den mazedonischen und Morava-Gebieten" des bulgarischen Sanitätschefs. Die Soldaten, welche sich geschlechtlich infiziert haben, werden nicht bestraft und es hat „die drakonische Auffassung, daß die geschlechtliche Infektion während des Kriegszustandes der Selbstverstümmelung gleichzuachten und zu bestrafen sei, nur vorübergehend bestanden".

Nr. 35.

Fischer, A. Über Wesen und Wert der Immunitätstherapie bei Gonorrhoe. p. 819.

Nicht beendet.

Meirowsky, E. Zur Kenntnis des Naevus anaemicus Vörner. p. 833.

Der Fall ist bemerkenswert durch das Ergriffensein fast der gesamten Hautdecke des Körpers und durch die bisher nicht beobachtete Vergesellschaftung mit zahlreichen pigmentierten Nävis.

Delbanco, E. Poul Haslund. Nekrolog.

Nr. 36.

Carol, W. L. L. Über den Lipoidgehalt der Haut. p. 843.

Genaue Schilderung der empfindlichen Färbemethode, mit der Carol folgendes fand: In 3 von 5 Fällen normaler Haut fand sich Fett in den Talgdrüsen, in den Endothelien der Gefäße, in den sezernierenden Teilen der Schweißdrüsen in der nach dem Lumen gekehrten Seite, und in den Basalzellen der Epidermis. In letzteren fand es sich perinukleär, meist

4—5 Tröpfchen. Bei Verruca seborrhoica konnte Verf. unter 5 Fällen dreimal Fett auch in den höher liegenden Epithelien des Stratum spinosum extra- und intrazellulär nachweisen, sowie im Stratum corneum. In zwei Fällen war die Verfärbung in der Basalschicht stärker. Das letztere gilt auch für seborrhoische Haut. Bei den Verrucae vulgares zeigte das Stratum granulosum die stärkste elektive Wirkung, nur nicht konstant. Ein Schluß über die Herkunft des Fettes ließ sich aus den Präparaten nicht ziehen.

Fischer, A. Über Wesen und Wert der Immunitätstherapie bei Gonorrhoe. p. 847.

Zusammenfassung: Die therapeutische Anwendung der Gonokokkenvakzine ergab eine sichtbar günstige Beeinflussung nur bei gonorrhoischen Komplikationen, vorzugsweise bei Epididymitis und Arthritis gonorrhoica, weniger oft bei Prostatitis. Die gonorrhoisch infizierte Schleimhaut wurde nicht beeinflußt. Der intramuskulären Einverleibung der Vakzine muß vor der intravenösen der Vorzug gegeben werden infolge geringerer Beeinflussung des Allgemeinbefindens. In diagnostischer Hinsicht kommt der Vakzine ein sicherer Einfluß zu, sofern es sich um frische gonorrhoische Komplikationen handelt. Aber gerade in jenen, besonders chronischen Fällen, wo unsere bisherigen Methoden der Diagnosestellung oft versagen und uns eine neue Methode erwünscht wäre, versagt auch zu diesem Zwecke die Vakzine.

Paschkis, H. L. v. Vajda. Nekrolog. p. 860.

Nr. 37.

Boas, H. Zwei Fälle von Rezidiven Syphilis $2^1/_4$ und 3 Jahre nach dem Versuche einer abortiven Kur bei Indurationen mit negativer Wassermannscher Reaktion. p. 867.

Diese Fälle zeigen, daß selbst eine klinische und serologische Latenzzeit bis zu $2^3/_4$ Jahren nach dem Abschluß einer Abortivkur keine sichere Garantie für eine Heilung der Syphilis gibt. In dem ersten Fall bestand das Rezidiv aus großen Tonsillarpapeln, Crustae capillitii, großfleckigen Exanthemen am Stamm und exkoriierten Papeln an den Genitalien. Im zweiten fanden sich große ulzerierte Papeln des Haarbodens.

Holland, W. Sakralinjektionen bei Pruritus der Genito-Analregionen. p. 871.

Günstiger und rascher Erfolg in 6 Fällen. Die Injektionen wurden teils mit sterilen Kochsalzlösungen, teils mit sterilem Leitungswasser (bessere Wirkung!) vorgenommen, dem 0·2 bis 0·3 Novokain zugesetzt wurden. Verf. injizierte „so viel als möglich“, bis ein gewisser Widerstand bei der Injektion sich

einstellte. Die Einspritzungen wurden wiederholt gegeben; ein Schema läßt sich nicht aufstellen.

Buschke, A. Albert Neisser. Nekrolog.

Nr. 38.

Beron, B. Beitrag zu der Frage der diagnostischen Bedeutung der Wassermannschen Reaktion. pag. 891.

Bericht über das Ergebnis von etwa 4000 Reaktionen, darunter 726 nicht Lues, nach der Original W.-R. mit absteigenden Serummengen (0·2, 0·1, 0·05). Antigen zumeist Extrakt aus Menschenherz. Bei Lues primaria + W.-R. in 75%, bei Lues secundaria primitiva et recidiva in 96% + W.-R, bei Lues tertiaria in 80% + W.-R., bei Lues latens 53% + W.-R. Parasyphilis: Paralysis progressiva 61% + W.-R., Tabes dorsalis 62% + W.-R. Augenkrankheiten: Iritis und Iridozyklitis 40% + W.-R., Papillitis und Atrophia nervi opt. 50% + W.-R., Keratitis parenchym. 61% + W. R. Nicht luetische Fälle: *a)* Venerische Krankheiten: Ulcus molle, Blennorrhoe, Condylomata acuminata, sämtlich negativ. *b)* Akute Infektionskrankheiten: Influenza, Typhus abdominal., Typhus exanthemat., Febris recurrens, sämtlich negativ. Skarlatina (74 Fälle) 3 + W.-R., Erysipel 1 + W.-R., 3 — W.-R. *c)* Chronische Infektionskrankheiten: 3 Fälle von Lepra, sämtlich stark +. 24 Fälle von Tuberkulosis pulmonum: 1 + W.-R. (hatte vor 5 Jahren Lues). *d)* Innere Krankheiten: sämtlich negativ bis auf 1 Aortitis (Lues +). *e)* Hautkrankheiten: sämtlich — W. R. bis auf 1 Lupus erythematodes und 1 Lupus vulgaris. Maligne Neubildungen (Sarcoma und Carcinoma): sämtlich —.

Hahn, R. Zweck und Einrichtung von Beratungsstellen für Geschlechtskranke. p. 897.

Die seit $2^1/_2$ Jahren in Hamburg bestehende, auf Anregung der Landesversicherung der Hansastädte eingerichtete Fürsorgestelle hat sich sehr bewährt und die gegen die Errichtung derartiger Institutionen besonders seitens ärztlicher Kreise geäußerten Bedenken nicht gerechtfertigt. Sie ist vor allem der Syphilisprophylaxe gewidmet. Derartige Beratungsstellen können naturgemäß nur nach Einvernahme mit den Krankenkassen und Ärzten eingerichtet werden. Die Bedenken der Ärzte wegen der zum Betriebe dieser Stellen notwendigen Verletzung des ärztlichen Berufsgeheimnisses sind ebenso hinfällig wie das, daß durch diese Stellen eine Zwischeninstanz zwischen Arzt und Patient geschaffen wird, die das erforderliche Vertrauen nicht aufkommen lasse, die Einnahmen der Ärzte schmälere und sich gewissermaßen eine Oberaufsicht



anmaße. Betrieb und Einrichtung der Fürsorgestelle sind kurz folgende: Meldung des aus der Behandlung entlassenen Kranken an die Stelle auf besonderer Karte, mit näheren Angaben (besonders über bisherige Behandlung). Nach ½ Jahr Ladung des Kranken, eventuell energischere Wiederholung (im Namen der Landesversicherungsanstalt). Dann bei seinem Erscheinen ausführliche Belehrung. Von 2000 bisher Untersuchten verweigerten nur 4 ihr Erscheinen. Der Patient kann aber auch mit Einverständnis seines Arztes, der dies zu melden hat, die Behandlung bei diesem durchmachen, ohne die Fürsorgestelle zu passieren. Die Ladungen werden durch 2—3 Jahre in etwa ¼ jährigen Zwischenräumen wiederholt. Dabei fortlaufende Kontrolle des Verlaufes durch W.-R. Die Kosten der Fürsorgestelle trägt die Landesversicherungsanstalt, die der Behandlung und Blutuntersuchung die Krankenkassa, beziehungsweise, falls er arm und krankenkassenfrei ist, die Armenanstalt, sonst auch die Landesversicherung. Beratung besser situierter Kreise und Behandlung findet hier nicht statt, Gonorrhoekranke werden nur untersucht und beraten, wenn Arzt oder Krankenkassa sie als aus der Behandlung fortgeblieben oder als ungeheilt melden.

Fingova, N. und *Delbanco,* E. **Anal-Vulva- und Nasendiphtherie als Komplikation des Typhus abdominalis.** p. 905.

2 Geschwister, 8 und 6 Jahre alt, im ersten Falle Heilung nach Diphtherieseruminjektion, im letzteren konnte die Injektion den Tod nicht aufhalten.

Nr. 39.

Unna, P. G. **Die Wirkung des Höllensteins II.** pag. 915.

Nicht beendet.

Freund, E. **Über bisher noch nicht beschriebene künstliche Hautverfärbungen.** p. 931.

Die eigenartige braune Verfärbung der Haut in Form von Streifen und Flecken am Stamm, Nacken, Gesicht kam zu stande durch Zusammenwirken von Eau de Cologne, Meerwasser und Sonnenlicht. Vielleicht ist das in dem Eau de Cologne enthaltene Bergamotteöl die Ursache.

Krzysztalowicz, Fr. v. **Ladislaus Reiss.** Nekrolog.

Nr. 40.

Friedenthal, H. **Ergebnisse und Probleme der Haarforschung.** p. 939.

Aus der kurzen Mitteilung, welche auf zwei Seiten eine gedrängte Fülle interessanter Tatsachen, Beobachtungen und Anregungen enthält, sei nur einiges hervorgehoben. Der Mensch unterscheidet sich von allen anderen Haartieren neben dem

Fehlen der Sinushaare (Tasthaare) durch das beinahe lebenslängliche Festhalten des embryonalen Wollpelzes. Erst im hohen Alter erwirbt der Mensch der haarreichen Rassen ein Terminalhaarkleid, ähnlich dem der anthropoiden Affen. Die Glatzenbildung, die nur einige anthropoide Affen mit dem Menschen teilen, beruht auf einer Verlängerung des Schädelwachstums in einer Zeit, wo das Hautwachstum schon fast geschwunden ist. Die Spannung der Haut ist dem Haarwachstum ungünstig. Negerhaare wachsen und wechseln schneller als Europäerhaare. Das rasche Wachstum der Haaranlage ist Ursache für die Krümmung des Negerhaares. Die Wachstumsphysiologie wird auf dem Gebiete der Haarforschung noch weitere wichtige Ergebnisse zeitigen.

Unna, P. G. Die Wirkung des Höllensteins II. Fortsetzung. p. 941.

Nicht beendet.

Nr. 41.

Stahl, W. Über Keratosis und Melanosis arsenicalis. p. 963.

Nicht beendet.

Unna, P. G. Die Wirkung des Höllensteins II. Fortsetzung.

Nicht beendet.

Nr. 42.

Frühwald, R. Ein Fall von Erythema elevatum. pag. 995.

Das Hautleiden des 60jährigen Patienten besteht seit 2 Jahren. Beginn am Ellbogen und Knien, dann Arme, Unterschenkel, Nates. Seit 1 Jahr „Wundbildung" am Zäpfchen; deswegen wurde es entfernt. Die äußerst chronische Dermatose ist hauptsächlich an den Streckseiten der Extremitäten unter distaler Zunahme der Affektion lokalisiert. Die Primäreffloreszenzen sind erbsen- und linsengroße, hellrote, derbe Knötchen, vereinzelt, in Gruppen und Kreisen oder Infiltraten angeordnet. Die ursprüngliche hellrote Farbe geht allmählich unter minimaler weißlicher Schuppung in eine dunkel- und braunrote über, dabei Abflachung. Schließlich wenig infiltrierte und elevierte braune Flecke, die unter Braunfärbung einsinken, dann schwindet die Pigmentierung in der Mitte, so daß weiße Flecke mit braunem Saum entstehen. Manchmal beginnt die Involution zentral. Besonders auffallend sind große, bis halbzitronengroße blaurote und braune, weiche Tumoren am Unterarm, Ellbogen, Nates. Differential-diagnostische Unterscheidung gegenüber Psoriasis, Lues, Lichen planus und Vidal, Lupus erythematodes. Es handelt sich um eines jener chronischen Erytheme, die

unter verschiedenen Namen beschrieben wurden. Histologisch fand sich ein Entzündungsprozeß mit Neigung zur bindegewebigen Umwandlung des Infiltrates. Bemerkenswert ist das Fehlen von Nekrose, die wiederholt beim Granuloma annulare beschrieben wurde. Dies dürfte ein weiteres Moment zur Auseinanderhaltung des Erythema elevatum et diutinum und des Granuloma annulare sein.

Stahl, W. Über Keratosis und Melanosis arsenicalis. p. 1001.

Nach sehr eingehender Zusammenstellung der einschlägigen Literatur berichtet Stahl über eine eigene Beobachtung. Es handelt sich um einen 32jährigen Psoriatiker (erstes Auftreten im 10. Lebensjahr), der seit dem Beginn der Erkrankung mit Unterbrechungen in Behandlung stand. Zuerst $1/2$ Jahr Arseniktropfen, die er dann wieder bei Rezidiven eigenmächtig längere Zeit einnahm. 4 Jahre nach dem ersten Arsengebrauch trat, nach Aussetzen des Mittels wieder verschwindende Braunfärbung des ganzen Körpers auf, in den letzten 2—3 Jahren Schwellung der Lider und Extremitätengelenke. Die Verdickung der Fußsohlen begann vor 5 Jahren, der Handflächen vor 3 Jahren, unter Nachlassen der Schweißsekretion. Die Untersuchung ergab ausgebreitete starke Melanose mit eingesprengten kleinen Depigmentierungen und Warzenbildung in der l. Klavikulargegend. An den Oberschenkeln frische Blasen. Sehr starke Keratose der Palmae und Plantae, die sich aus einzelnen Hornkegeln zusammensetzt, dazwischen tiefe Furchen. 8 Tage nach Aussetzen des Arsens trat wieder Schweißsekretion an den vorderen Teilen der Plantae auf.

Nr. 43.

Scharff, P. Aphorismen zur Behandlung der Epididymitis. p. 1027.

Besprechung und kritische Würdigung der verschiedenen Behandlungsmethoden. Ablehnung der Stauungsbehandlung. Empfehlung der Behandlung mit galvanischem Strom. Halbkugelige Anode auf das Skrotum, Stromstärke anfänglich 0·05 M.-A., allmählich steigend bis 0·5, Dauer 5—10'. Nach Aufhören der Schmerzen Ersatz der becherförmigen Anode durch 2 runde Platten, die auf die knolligen Infiltrate jederseits angesetzt werden. Die Behandlung wird mit galvano-faradischem Strom abgeschlossen. Prophylaktisch empfiehlt Scharff bei bestehender Posterior Atropin. Bei hartnäckigen Rezidiven fand sich stets Colliculitis seminalis neben weicher, leicht blutender Infiltration der Pars posterior, die durch Ätzungen mit 50% Acid. trichloracetic. beseitigt wurde.



Unna, P. G. **Die Wirkung des Höllensteins II. Schluß.** p. 1032.

Die sehr eingehende Arbeit Unnas, die sich in Fortsetzung einer früheren Mitteilung mit der Wirkung des Höllensteins beschäftigt, enthält eine solche Fülle interessanter Versuche und Details, daß es unmöglich ist, ihnen in einem kurzen Referat gerecht zu werden. Nach einer Einleitung bespricht Unna das bei den Ätzungen in Betracht kommende Material, seine Gewinnung und Bearbeitung, weiters die Methodik der Schnittfärbung, die Histologie der Höllensteinätzung am toten Gewebe (Pferdelippe, menschliche Leichenhaut, Rindsleber, Leberstücke, vor der Ätzung mit Höllenstein gekocht), die Histochemie der Höllensteinätzung am toten Gewebe und zwar Verbindungen des Höllensteins mit dem Gewebe, die farbigen Reduktionsprodukte des Höllensteins im Gewebe (Silberweiß, Silbergelb, -braun, -schwarz, -rotgelb, -rotbraun, -schwarz und -metall, das Silber der Argyrie, die Wirkung der einzelnen Spektralabschnitte). Den Schluß bildet die Darstellung der Histologie und Histochemie der Höllensteinätzung am lebenden Gewebe und der Pathogenese der Hautentzündung nach Höllensteinätzung mit einer Theorie der oxydierenden Säure. Im Gegensatz zum toten Gewebe erzeugt das lebende als Reaktion auf den Höllenstein-Ätzschorf einen Ätzhof, der in eine innere Leukozytenzone und eine äußere Zone serösen Exsudates zerfällt. Wird die erstere durch die reduzierenden Eigenschaften des Ätzschorfes hervorgerufen, so sind die notwendigen Bedingungen für letztere: Abspaltung von Salpetersäure aus dem Ätzschorf und Diffusion derselben in das umgebende Gewebe. Damit ist die im ersten Teil der Arbeit erörterte „Theorie der oxydierenden Säure" für die Höllensteinwirkung bestätigt.

Nr. 44.

Almkvist, J. **Behandlung von Bubonen mit künstlicher Temperatursteigerung.** p. 1051.

Almkvist verwendete als temperatursteigende Mittel bei der Bubonenbehandlung Natrium nucleinicum Merck und Alttuberkulin bei 13 Fällen, ersteres intravenös in 1‰ wässeriger Lösung (1—2—6 *mg* allmählich steigend), letzteres subkutan in wässeriger Verdünnung (1—20 *mg*). Gute Erfolge. Vor allem ist diese Behandlung bei jenen Fällen indiziert, wo äußere Wärme nicht in hinreichendem Grade den Krankheitsherd beeinflussen kann. Verf. betont aber, daß ihm beide Methoden sich doch als sehr unvollkommen erwiesen haben. Er meint, „im Gegensatz zu vergangenen Zeiten, die darnach strebten, das eine temperaturherabsetzende Mittel nach dem anderen

darzustellen, sollte die Zukunft die Darstellung immer besserer temperaturerhöhender Mittel anstreben.

Nr. 45.

Reyn, A. Über die Anwendung des künstlichen chemischen Lichtbades bei Lupus vulgaris. p. 1067.

Zusammenfassung: Das künstliche chemische Lichtbad in Form von Kohlenlichtbädern vermag das Hochgebirgssonnenbad zu ersetzen. Das Licht allein, ohne andere klimatische Faktoren, vermag die chirurgische Tuberkulose zu heilen. Das Lichtbad ist eine unschätzbare Hilfe bei der Behandlung des Lupus vulgaris. Das Kohlenbogenlichtbad ist zu künstlichen Lichtbädern dem Quecksilberlicht weit überlegen und man sollte, so weit möglich, nur Kohlenbogenlichtbäder anwenden. Von 72 mit diesem Lichtbad hinreichend behandelten Kranken sind 52 geheilt, 15 bedeutend gebessert mit sicherer Aussicht auf Heilung, nur bei 2 geringe Wirkung, bei 3 ist das Resultat unbekannt.

Nr. 46.

Géber, H. Die Technik der an unserer Klinik gebräuchlichen Wassermannschen Reaktion. p. 1083.

Verwendung eines polyvalenten Antigens, das aus etwa 15 verschiedenen Antigenen (alkoholischer Extrakt aus Menschenherzen) dargestellt wird. Statt der roten Blutkörperchen des Schafes werden die des Rindes verwendet, demgemäß wird auch der Ambozeptor dem Rinderblut entsprechend hergestellt. Genaue Schilderung der Technik.

Ebermayer. Beratungsstelle für Geschlechtskranke und ärztliches Berufsgeheimnis. p. 1089.

Nach § 300 St.-G.-B. macht sich der Arzt strafbar, wenn er unbefugt Privatgeheimnisse offenbart, die ihm kraft seines Standes anvertraut sind. Davon kann nun wohl keine Rede sein, wenn er der Beratungsstelle unmittelbar oder auf dem Umwege über die Krankenkassa Mitteilung über einen von ihm behandelten Geschlechtskranken macht. Am einfachsten ist es jedenfalls, wenn diese Mitteilung mit Einwilligung des Kranken geschieht, zumal dann das Odium des Vertrauensbruches wegfällt. Da der Arzt auch seiner Schweigepflicht entbunden ist, wenn berechtigte öffentliche oder private Interessen dies fordern, kann auch die Mitteilung an die Beratungsstelle nicht als unbefugt angesehen werden. Die Beratungsstellen sind Organe der Krankenkassen und haben sicherlich bezüglich Mitteilungen über die Person des Kranken und seiner Erkrankung dieselben Rechte wie die Krankenkassen selbst. Eventuell kann diese Mitteilung durch die Kassen an die Be-

ratungsstellen stattfinden, wodurch diese Frage für den Arzt von vornherein erledigt ist. Übrigens könnte auch ein unmittelbares Vertragsverhältnis zwischen Ärzten und Beratungsstellen diese Mitteilungen regeln.

Kaufmann, A. Pierre Aubert. Nekrolog.

Ludwig Waelsch (Prag).

Dermatologisches Zentralblatt. XX.

Nr. 1—2.

Better, O. Über Granugenol — granulierendes Wundöl Knoll — in der Dermatologie. p. 2 u. 34.

Das Granugenol stellt eine durchsichtige gelbe Flüssigkeit dar mit einem an Steinkohle erinnernden Geruch. Nach Untersuchungen von Rost und Werner ist es ein für die Bindegewebsbildung spezifisches Mittel zur Ausfüllung tiefer liegender Substanzverluste. Better versuchte das Mittel bei verschiedenen Ulzerationen und berichtet über die Ergebnisse unter Anführung verschiedener Krankheitsgeschichten. Während Granugenol bei Ulcera luetica und Ulcera mollia versagte, hatte Better ausgezeichnete Erfolge bei Ulcera cruris, insbesondere bei den tiefen Geschwüren. Nach Reinigung der Geschwüre werden sie mit dem Granugenol vollständig ausgegossen, dann folgt eine mit Granugenol getränkte Mullage, darauf Zellstoffwatte und ein fester Verband mit Trikotschlauchbinde von den Zehen bis oberhalb des Knies. Bei oberflächlichen Ulcera cruris trat die Heilung nicht so schnell ein wie bei den tiefergehenden Geschwüren. Auch tuberkulöse Ulzera wurden günstig beeinflußt.

Nr. 3.

Pulvermacher, D. Zur Behandlung der chronischen Prostatitis. p. 50.

Eine Jodparaffineinspritzung wird mit gewöhnlicher Klistierspritze in der Weise vorgenommen, daß das Paraffin erst im Darm die salbenförmige Konsistenz annimmt. Außer der Jodwirkung und der Regulierung des Stuhlganges erstreckt sich die Wirkung der Jodparaffinklistiere auch dahin, daß die Paraffinmasse in ihrer salbenartigen Konsistenz oft bis 8 Stunden im Mastdarm bleibt und einen gleichmäßigen Druck auf die Prostata ausübt. Die Paraffinmischung wird bereitet, indem 18 *g* Paraffin vom Schmelzpunkt 78° in einem kleinen Tiegel flüssig gemacht, hierauf 90 *g* Paraffin. liquid. zugesetzt werden und schließlich 8—10 Tropfen Jodtinktur dazukommen. Autor beobachtete auf Grund wiederholter Untersuchungen, daß die Jodparaffinklistiere das entzündliche Gewebe zur Abschwellung bringen kann.



Nr. 4.

Max, Josef und *Kohnheim*, W. Antistaphin bei Sekundärinfektion der Harnröhre und der Zystitis. p. 66.

Antistaphin ist ein neues Borsäurepräparat und stellt ein weißes in Wasser zu 18% lösliches Kristallpulver dar. Die Autoren verwendeten zu Blasen- und Harnröhrenspülungen eine 1—2%ige Lösung und konnten sich bei 70 Patienten von der günstigen Wirkung des neuen Heilmittels überzeugen. Die Blasenspülungen wirkten im allgemeinen schmerzlindernd und bewirkten Klärung des Urins. Auch im Brutschrank konnte die Überlegenheit der neuen Verbindung gegenüber Borsäure festgestellt werden. Hugo Fasal (Wien).

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1916. Nr. 4.

Brault et *Viguier*. Über die Pilze der Mykosen in Algier. p. 169.

Verf. haben sämtliche Fälle von Trichophytie, Epidermophytie, Mikrosporie und Favus systematisch auf Pilze untersucht. Sie legten Kulturen an, machten Inokulationen und Retrokulturen. Sie hatten folgende Ergebnisse:

Bei einem Fall von Trichophytie der Achselhöhlen fanden sie als Erreger das Trychophyton acuminatum. Von 18 Fällen von Trychophytie des behaarten Kopfes waren 8 durch das Tr. acuminatum, 4 durch das Tr. violaceum, 2 durch Tr. crateriforme, 1 durch T. cerebriforme, 1 durch T. granulosum und 2 durch T. luxurians erzeugt.

Epidermophytie wurde 15 Mal beobachtet mit charakteristischem Pilzbefund.

Von Mikrosporie wurde nur 1 Fall im J. 1906 beobachtet.

Von 23 Favusfällen war nur einer durch das Achorion Quinckeanum bedingt. Er betrifft eine 44jährige Italienerin, alle übrigen waren Achorion Schönleini-Fälle. Die Reinkultur der letzteren soll übrigens nur in zwei Fällen gelungen sein.

Nicolau, S. Fall von kryptogenetischer Syphilisinfektion nebst einigen Bemerkungen über die sog. Syphilis d'emblée. p. 186.

Verf. beobachtete bei einem jungen Kollegen ein typisches Exanthem von sekundärer Lues, ohne daß es ihm möglich geworden wäre, die Eintrittspforte des syphilitischen Virus festzustellen. Pat. soll indessen 5 Wochen vor Auftreten des Exanthems an Magenstörungen gelitten haben in Form von Appetitlosigkeit, Magenbrennen und dumpfen Schmerzen. Die Magenbeschwerden steigerten sich allmählich. Die Schmerzen wurden



sehr intensiv, dazu kamen Unwohlsein und Erbrechen, so daß Pat. das Bett hüten mußte und die Möglichkeit eines Ulkus in Betracht gezogen wurde. Das Fehlen von Blut im Erbrochenen und im Stuhl ließen indessen die Diagnose Ulkus ausschließen. Allmählich verschwanden die Magensymptome vollständig, bis dann plötzlich das syphilitische Exanthem zum Vorschein kam. Eine sofort eingeleitete Hg-Kur brachte das Exanthem zum Verschwinden. Es folgte aber ein Rezidiv in Form von charakteristischen Läsionen.

Verf. rechnet mit der Möglichkeit eines Primäraffektes in der Magenschleimhaut, indem das Virus zufälligerweise beim Essen oder Trinken verschluckt worden wäre.

Max Winkler (Luzern).

The British Journal of Dermatology.

1916. Oktober-Dezember.

Adamson, H. G. Livedo reticularis. p. 281.

Adamson kommt in seiner Arbeit, die eine vollständige Monographie der Livedo annularis darstellt, einen reichen Literaturanhang und viele Abbildungen enthält, zu folgenden Schlüssen: 1. Die als Livedo annularis bekannte dunkle Marmorierung oder Netzzeichnung entsteht durch die büschelförmige Anordnung der Blutgefäße der Haut, wie Renaut demonstrierte. Das Netzwerk entspricht den Gebieten „reduzierter Zirkulation" zwischen den Gefäßbüscheln. 2. Sie kommt als normaler Zustand bei vielen Kindern und jugendlichen Erwachsenen vor und tritt durch Einwirkung der Kälte stärker hervor. 3. Bei Erkrankung durch Tuberkulose, Syphilis, Rheumatismus, Alkoholismus, Hypothyreoidismus etc. kann die normale Livedo annularis deutlicher und persistent werden, möglicherweise, wie man angenommen hat, durch eine toxische Wirkung auf den Plexus splanchnicus. 4. Bei solchen Personen mit persistierender und verstärkter Livedo kann die Lokalisation und das Muster der Hauteruption, welche auf Syphilis oder Tuberkulose beruht, durch die Livedo bestimmt werden, so daß die Eruption ein netzförmiges Aussehen gewinnt und kann so als „entzündliche Livedo" bezeichnet werden. 5. Eine ähnliche entzündliche Livedo mit nachfolgender Pigmentierung tritt auf, wenn die Haut längere Zeit der Hitze ausgesetzt ist — „Livedo a calore". 6. Die Verteilung und Anordnung gewisser Eruptionen, wie die der Syphilis, der Masern, der Parakeratosis variegata und vielleicht noch anderer, wird durch die anatomische Verteilung der Blutgefäße der Haut erklärt, welche die Livedo annularis entstehen läßt.



Haslund, Paul. Die Radiumbehandlung des Lupus vulgaris. p. 294.

Haslunds Erfahrungen führen auf der einen Seite zu dem Ergebnisse, daß die Finsen-Behandlung schneller zu einer Besserung und zu einer Heilung des Lupus vulgaris führt, als die Radiumbehandlung. Erwägt man auf der anderen Seite nach Haslund, daß die Narbenbildung nach der Radiumbehandlung im Vergleich zur Licht- und sogar zur Röntgenbehandlung, auch wenn man mit der größten Sorgfalt vorgeht, durch die entstehende Atrophie, die Depression und entstellende Teleangiektasienbildung kosmetisch weniger befriedigend ausfällt, so kommt man zu dem Resultat, daß die Radiumbehandlung den anderen Behandlungsmethoden beim Lupus vulgaris unterlegen ist. Durch die Finsen-Behandlung, kombiniert, wo es notwendig ist, mit Röntgenbestrahlung und universellen Bogenlichtbädern, deren hohen Wert die letzten Jahre gezeigt haben, ist eine Heilung des Lupus in so kurzer Zeit möglich, daß das Radium als Heilmittel beim Lupus vulgaris überflüssig ist. Bei ganz speziellen Fällen kann man es im Stadium eines absoluten Heilungsstillstandes versuchen. Aber oft beschränkt die Ausdehnung der Erkrankung seine Anwendung.

Weber, F. P. Drei Fälle des sog. multiplen idiopathischen hämorrhagischen Sarkoms (Kaposis). p. 309.

Weber berichtet über drei Fälle von Kaposis multiplem hämorrhagischem Sarkom. Er ist der Ansicht, daß die Krankheit durch eine lokale Mikrobeninfektion zustande kommt, wobei die Hautveränderungen eine Gewebsreaktion gegen die unbekannten Mikroben darstellen. Die Eigenart der Gewebsreaktion liegt in der Neubildung erweiterter Kapillaren und Lymphspalten und in der Proliferation der Elemente des Bindegewebes mit gewöhnlich sehr geringer zelliger Infiltration. In dieser Beziehung ist es von Interesse, daß sich bei verschiedenen Fällen Dalla Faveras und bei einem des Autors die Erkrankung an ein Trauma angeschlossen hat.

Pernet, George. Ein Fall von Erythema serpens durch Fische verursacht. p. 317.

Pernet berichtet über einen Fall der 1873 von Morrant Baker als Erythem serpens bezeichneten Erkrankung. P. betont, daß diese Erkrankung zu Unrecht mit Rosenbachs Erysipeloid zusammengeworfen wurde, begründet aber den Unterschied beider Erkrankungen nicht. Bakers Fälle wurden auf Wildbret etc. zurückgeführt. Die Beschreibung des Falles Pernets erinnert vollständig an die Fälle Rosenbachs.

Mac Cormac, H. Zwei Fälle von akuter Strepto-

kokkenneurose der Haut und des subkutanen Gewebes. p. 318.

Bei beiden Fällen handelte es sich um eine ungewöhnliche Reaktion gegen eine Streptokokkeninfektion. Der Beginn war ein akuter; in ungewöhnlich kurzer Zeit kamen große Gewebsstörungen zustande. Fritz Juliusberg (Posen).

The Urologic and cutaneous review.

Juni 1914.

Heidingsfeld, M. L. Die Salvarsan- und Neosalvarsanbehandlung der Syphilis. Eine Studie über 4560 serologische Untersuchungen, betreffend 1152 intravenöse Verabreichungen von Salvarsan und Neosalvarsan bei 776 Fällen von Syphilis. p. 281.

Die verabreichte Dosis von Salvarsan und Neosalvarsan betrug in der Regel 0·6 *g*. Nach dieser Behandlung wurden alle 30 Tage Wassermann-Untersuchungen vorgenommen, bis das Blut 60—90 Tage konstant negativ blieb. Dann erfolgten die Serumuntersuchungen nach und nach in immer größeren Intervallen.

Sibley, W. K. Die Behandlung der Akne. p. 286.

Nach S. ist besonderer Wert auf die gleichzeitige Behandlung der Kopfseborrhoe zu legen. Er empfiehlt 2%ige Resorzin- oder Euresolwaschungen. Wichtig ist die Behandlung eventueller Obstipation oder Dyspepsie. Auch die weiteren Ausführungen über die lokale Behandlung enthalten für die Leser des Archivs nichts neues.

Aronstam, N. E. Ein Beitrag zum Studium des Herpes progenitalis beim Manne. p. 288.

Nichts neues.

Davis, R. H. Die Behandlung der zerebrospinalen Syphilis. p. 292.

D. kommt in seinen Ausführungen zu folgenden Schlüssen: 1. Die Swift-Ellissche Behandlung ist von großem Wert und sollte bei jedem Falle von zerebrospinaler Syphilis Anwendung finden. 2. Jeder Fall von Tabes dorsalis soll die Wohltat dieser Behandlung genießen; bei vielen Fällen kann man die sensiblen Störungen beseitigen und die Zerstörungen aufhalten. 3. Wenn eine gute Technik geübt wird, so ist die Behandlung scheinbar gefahrlos, doch soll sie nur von solchen geübt werden, die absolut vertraut mit der Technik sind.

Pirkner, E. H. F. Bemerkungen über freiwillige Sterilität. p. 295.

Nicht zum kurzen Referat geeignet.

Irvine, H. G. Die klinische Ähnlichkeit von Tuberculosis verrucosa cutis und Blastomykose. p. 300.

Der Verfasser demonstriert die klinische Ähnlichkeit der beiden Erkrankungen an einigen Beispielen.

Mason, F. S. Die Verschlimmerung der akuten Gonorrhöe nach Injektionen von polyvalenter Gonokokkenvakzine. p. 309.

An der Hand eines Beispieles weist Mason darauf hin, daß Injektionen von polyvalenter Gonokokkenvakzine das Aufflackern einer Erscheinungen machenden Gonorrhöe bewirken können.

Juli 1914.

Scholtz, W. Die Behandlung der Syphilis mittelst kombinierter Salvarsan-Quecksilberbehandlung. p. 339.

Die Arbeit enthält nichts, was nicht in den deutschen Veröffentlichungen des Autors stünde.

Tyler, A. F. Blasensteine; der Wert der Röntgenstrahlen für ihre Diagnostik. p. 345.

T. kommt in seiner Arbeit zu folgenden Schlüssen: 1. Die Anwendung der Radiographie für die Diagnose der Steine des Nierenureters und der Blase ist schmerzlos und sollte in allen verdächtigen Fällen zur Anwendung kommen. 2. Die Befunde der Radiographie sind genauer als die irgend einer anderen Methode, denn bei guter Technik kommt nur 1% Irrtum vor. 3. Die Anwendung der Röntgologie gibt eine genaue Idee der Lage, Größe und Zahl der Steine; oft finden sich Steine in beiden Nieren, während die Symptome nur an einer Seite vorhanden sind. 4. Bei böse infizierten und bejahrten Individuen ist die röntgologische Methode schmerzlos und positiv und läßt oft die Notwendigkeit einer zystoskopischen Untersuchung vermeiden.

Seay, C. J. Der Wert der Vakzinen bei gonorrhoischen Komplikationen. p. 348.

Die Vakzinebehandlung ist besonders indiziert bei akuter gon. Epididymitis und bei gonorrhoischer Arthritis.

Strachstein, A. Bemerkungen über Gonorrhöe. p. 349.

Enthält nichts neues.

Barnett, Ch. E. Zur Frage der Vakzinen bei Urogenitalinfektionen. p. 353.

B., der viel mit autogenen Vakzinen arbeitet, stellt sich dieselben in folgender Weise her: Eine Portion Eiter oder infiziertes Sekret, wie Prostata- oder Samenblasenflüssigkeit, wird zu 10 *ccm* Normalsalzlösung gegeben; dazu kommt ein



Tropfen Lysol. Das ganze wird durch Watte filtriert und eine Stunde lang bei 60° C. sterilisiert. Man injiziert $^1/_5$ *ccm* und steigt täglich um $^1/_5$, bis eine Hautreaktion eintritt. Eine etwas kleinere Dosis als die, welche die Hautreaktion auslöst, ist die wöchentliche Dosis für die zukünftige Behandlung.

Martin, C. Blasenhämorrhagien; die Bestimmung ihres Ursprungs. p. 354.

Nicht zum kurzen Referat geeignet.

Jones, R. L. und *Simons*, I. Die Serumdiagnostik der gonorrhoischen Infektion. p. 359.

J. und S. kommen in der sorgfältigen Arbeit zu folgenden Schlüssen: 1. Die Blutuntersuchung für die gonorrhoische Infektion ist sogar noch genauer als die Wassermann-Reaktion für Lues. 2. Sie ist von größtem Werte bei chronischen Fällen, wo der Gonokokkennachweis auf größte Schwierigkeiten stößt. 3. Die Komplikationen der Gonorrhöe, wie akute und chronische Epididymitis, chronische Prostatitis und Adnexerkrankungen bei der Frau geben 100% positive Reaktionen. 4. Die chronische unkomplizierte Gonorrhöe gibt eine positive Reaktion; die Fälle, welche negativ reagieren, sind geheilt. 5. Kein nichtgonorrhoischer Fall reagierte positiv.

August 1914.

Sibley, W. K. Die Behandlung der Syphilis. p. 397.

Enthält nichts neues.

Heinemann, C. Die lokale Behandlung der Gonorrhöe beim Manne. p. 402.

Beschreibung eines Instrumentes zur Injektion, welche bereits in der Zeitschrift für Urologie dargestellt ist.

Stimpson, W. G. Die Behandlung der Syphilis. Ein Vergleich der Zahl der für die Krankenhausbehandlung notwendigen Tage mit und ohne den Gebrauch des Salvarsans und Neosalvarsans. p. 408.

Die Arbeit geht von einer Statistik der zur Behandlung der Syphilis notwendigen Krankenhaustage in einer Anzahl größerer Krankenhäuser Nordamerikas aus und beweist, daß durch Salvarsan resp. Neosalvarsan die Krankenhausbehandlung ganz wesentlich abgekürzt wird. Die Krankenhausbehandlung erforderte vor der Salvarsanzeit durchschnittlich 29 Tage, nach Einführung des Salvarsans 13·3 Tage. Natürlich variieren die Zahlen in den verschiedenen Städten beträchtlich, aber die Beschleunigung durch die Anwendung der Ehrlichschen Präparate tritt überall deutlich hervor.

Zwick, A. D. Neue französische Beiträge zur Urologie. p. 415.

Bericht über eine Reihe französischer urologischer Arbeiten.



Lockwood, Ch. D. Epididymitis, als Komplikation der Prostatektomie. p. 423.

Die störendste Komplikation der Prostatektomie ist nach L. die Epididymitis. Er beobachtete sie in 20% seiner Fälle. Sie tritt gewöhnlich am Ende der zweiten Woche auf, wenn die suprapubische Wunde fast geheilt ist und der erste Urin die Urethra passiert.

September 1914.

Nelken, Abraham. Zystitis, eine ausgenutzte Diagnose. p. 468.

N. weist darauf hin, daß die Diagnose viel zu häufig gestellt wird. Eine gründliche Anwendung des Zystoskops würde viele Fälle, die fälschlich als Zystitis bezeichnet werden, richtig erkennen lassen.

Mallory, W. J. Urologie. p. 471.

Geschichtliche Abhandlung, nicht zum kurzen Referat geeignet.

Hoffmann, C. G. Chronische gonorrhoische Prostatainfektion. p. 476.

Enthält nichts neues.

Campbell, C. L. Bericht über einen Fall von Elephantiasis. p. 482.

Kasuistische Mitteilung ohne Besonderheiten.

Roß, T. W. Einiges über die Nägel und ihre pathologischen Zustände. p. 484.

Kurzer Abriß der Anatomie und Pathologie des Nagels, nichts neues enthaltend.

Oktober 1914.

Ritter von Hofmann, K. Fortschritte in der Behandlung der Gonorrhöebehandlung, mit besonderer Berücksichtigung der Vakzinetherapie. p. 513.

Besonders gut beeinflußt wird durch die Vakzinebehandlung die gonorrhoische Epididymitis und Arthritis. Bei Prostatitis sind die Erfolge nicht so glänzend.

Squires, J. W. Noguchis Hautreaktion bei Syphilis. p. 517.

Squires äußert sich referierend über die Luetinreaktion, um kurz die eigenen Ergebnisse mitzuteilen. Bei drei Fällen von primärer Syphilis fiel die Reaktion stets positiv aus; bei 19 Fällen mit sekundären syphilitischen Erscheinungen war 10 mal die Reaktion positiv, 9 mal negativ; bei 26 Fällen mit tertiären Erscheinungen fanden sich 16 positive, 10 negative Reaktionen. Von drei Fällen von tertiärer Syphilis reagierten 2 positiv.



November 1914.

Dreuw. Das initiale Stadium der Alopecia atrophicans (Pseudopelade Brocq). p. 573.

Wie Dreuw hervorhebt, versteht man unter der Alopecia atrophicans einen Zustand. der mit konfluierenden Herden von Kahlheit, die sich oft aus dreieckigen oder unregelmäßigen, selten oder nie aus runden Flecken zusammensetzen, einhergeht; diese Kahlheit führt in langer Dauer ohne eine Spur von Entzündung zu ausgesprochener Atrophie der Epidermis und Kutis und zu permanenter unheilbarer Alopekie. Die Krankheit ist häufiger als man allgemein annimmt. Das Frühstadium der Krankheit bezeichnet D. als Alopecia parvimaculata.

Englander, S. Über die Urethroskopie der hinteren Harnröhre. p. 580.

Bericht über auf diese Weise untersuchte Fälle.

Hühner, M. Der Wert der Spermatozoenprüfung bei Sterilität. p. 587.

H. untersucht nach dem Koitus Zervikalschleim mikroskopisch auf lebende und tote Spermatozoen. Er empfiehlt diese Methode ihrer Einfachheit wegen. Sie kann ohne Wissen des Gatten vorgenommen werden, der andererseits durch das Ergebnis der Kondomprobe das Resultat vervollständigt.

Lanphear, E. Prostatektomie unter lokaler Anästhesie. p. 603.

L. empfiehlt die perineale Prostatektomie unter lokaler Anästhesie vorzunehmen, da sie die Gefahren der Operation herabsetzt.

Dezember 1914.

Frühwald, R. Neuere Erkenntnisse in der Pathologie der Syphilis. p. 633.

Enthält für die Leser dieser Zeitschrift nichts neues.

Tyler, A. F. Die Fulgurationsbehandlung bei gewissen Geschwülsten. p. 639.

Bericht über derartig behandelte Fälle, mit Bemerkungen über die Technik.

Januar 1915.

Kolischer, G. Die Transplantation von Fett bei der Chirurgie der Harn- und Geschlechtsorgane. p. 1.

Nicht zum kurzen Referat geeignet.

Meachen, G. N. Neue Methoden in der Dermatologie. p. 3.

M. äußert sich kurz über die Wassermann-Reaktion, die Luetinprobe Noguchis, die Vakzinebehandlung, um dann eine Übersicht über die physikalische Therapie zu geben. Etwas



eingehender berücksichtigt er die Kohlensäureschneebehandlung, die Jonenbehandlung, um am Schluß einige Worte den chemischen Therapeutizis und der Autoserumbehandlung zu widmen.

Windell, J. T. Trichophytosis cruris inguinalis. pag. 10.

Bericht über einen einschlägigen Fall.

Gradle, H. S. Syphilis der Kornea. p. 12.

Kurzes Referat über die Keratitis parenchymatosa.

Wolbarst, A. L. Ein in die Ureterenmündung eingekeilter Nierenstein; eine Damenhutnadel in die männliche Urethra eingebettet; beide entfernt vermittelst operativer Zangen. p. 16.

Den ersten Fall erläutert eine gute zystoskopische Photographie, der zweite Fall ist ebenfalls bildlich dargestellt. Genaue Beschreibung des Operationsinstrumentes.

Barbach, H. J. Neuere Ansichten über die Nervensyphilis. p. 18.

Nach B.'s Ansichten haben spezielle Stämme des Treponema pallidum eine spezielle Affinität für das Nervengewebe. Diese Stämme produzieren in der Regel wenige der Kardinalsymptome der Syphilis, nämlich den typischen Primäraffekt und die typischen Sekundärerscheinungen. Kein Fall von Syphilis ist zu entlassen, ehe nicht das Lumbalpunktat untersucht und negativ befunden ist. Man soll die allgemeine systematische Behandlung einschlagen, ehe man die intraspinalen Methoden ergreift.

Februar 1915.

Haman, A. Erfahrungen mit Hochfrequenzströmen (Oudin) bei der Behandlung gutartiger Blasengeschwülste. p. 61.

Haman ist der Ansicht, daß bei den meisten Fällen sich eine sichere Differentialdiagnose zwischen gutartigen und bösartigen Blasengeschwülsten stellen läßt. Rückfälle nach der Hochfrequenzbehandlung kommen seltener vor als nach operativen Maßnahmen. Die Gefahren der Methode sind gleich Null. Kontraindiziert ist die Hochfrequenzbehandlung bei Fällen mit schwerer Zystitis und kleiner Blasenkapazität, bei Tumoren des Blasenhalses, die bei jeder Instrumenteinführung profuse bluten, bei operablem Karzinom der Blase.

Reeve, E. G. Die Behandlung der Hautkrankheiten durch intensive Joddarreichung. p. 65.

Nicht zum kurzen Referat geeignet.

Barnett, C. E. Harnröhrenstriktur von filiformer Form; Heilung nach suprapubischer Zystotomie unter lokaler Anästhesie. p. 68.



Genaue Beschreibung des in der Überschrift angegebenen Behandlungsverfahrens.

Reynolds, W. S. Die Anwendung der Vakzinen bei der durch den Bacillus coli verursachten Epididymitis. p. 69.

Es handelt sich um einen Fall von schwerer Epididymitis, die sich an eine Zystitis und Prostatitis anschloß. Die Ursache der Affektion war der Bacillus coli. Die Behandlung mit Bacillus coli-Vakzine schien keinen Einfluß auf die Krankheitserscheinungen zu haben.

Boehm, J. L. Lähmung der Blase als Folge spinaler Syphilis, geheilt durch intraspinale Injektion von salvarsanisiertem Serum. p. 71.

Es handelt sich um einen vorher unbehandelten Fall von Syphilis, bei dem neben anderen nervösen Symptomen auch eine Lähmung des Sphinkter urethrae auftrat. Nach der zweiten intraspinalen Injektion von salvarsanisiertem Serum waren die Blasenbeschwerden beseitigt.

White, R. P. Syphilis; ihre wirksame Behandlung eine soziale Notwendigkeit. p. 72.

W. tritt an der Hand einer Anzahl von Zitaten aus der Literatur für die energische Behandlung der Syphilis ein.

Read, J. S. Bericht über einen Fall von Befallensein des Zentralnervensystems durch Syphilis zwei Wochen nach dem Auftreten des Schankers. p. 75.

Bei R.'s Patienten traten zwei Wochen nach der Sichtbarwerdung des Primäraffektes nervöse Störungen auf. Unfähigkeit die Blase zu entleeren, Fehlen der Kremaster- und Plantarreflexe, Ataxien der Beine, Herabsetzung der linksseitigen Pupillenreaktion. Heilung nach Quecksilberbehandlung und Salvarsaneinspritzungen, intravenös und intraspinal.

Hanes, G. S. Inveterierter Pruritus ani. p. 76.

Es handelt sich um einen Fall von inveteriertem Pruritus ani, bei dem Behandlung mit autogenen Staphylokokkenvakzinen die Heilung herbeiführte.

Mc Coy, J. N. Einige praktische Punkte für die Ätiologie und Behandlung der Akne. p. 79.

Mc Coy kommt in seinen Ausführungen zu folgenden Schlüssen: 1. Es ist von großer Wichtigkeit, die Ursachen festzustellen, welche zum Auftreten der Akne mit beitragen und diese Ursachen durch geeignete Maßnahmen, am wesentlichsten ist die persönliche Hygiene, zu beseitigen. 2. Bei uterinen Zuständen, die bei vielen Fällen die Akne bedingen, ist die Galvanisation sehr nützlich. Sie ist bei vielen Fällen anwendbar, wo chirurgische Maßnahmen abgelehnt werden. 3. Für viele



Fälle ist Vakzinebehandlung wesentlich. 4. Die Anwendung der Röntgenstrahlen bei Akne beruht auf einer mißverständlichen Auffassung der Krankheit.

März 1915.

Weinstein, J. Syphilis der Zunge, mit Bericht über einen interessanten Fall. p. 127.

Bericht eines einschlägigen Falles.

Stellwagen, Th. C. Ein Wort gegen zu starken Konservatismus bezüglich der Prostata. p. 129.

St. rät, mit der Operation der Prostata nicht so lange zu warten, bis zystische Erscheinungen das Operationsresultat ungünstiger gestalten.

Sherrill, J. G. Klinische Bemerkungen über Nieren- und Ureterensteine. p. 133.

Übersicht über die Symptomatologie und Therapie des in der Überschrift angegebenen Kapitels, nicht zum kurzen Referat geeignet.

Sibley, W. K. Die Behandlung von Schuß- und anderen Wunden mittelst Jonenbehandlung. p. 137.

Da die Antiseptika bei Schuß- und anderen Wunden nur die oberflächlichsten Teile erreichen, rät S., die Desinfektionsmittel mittelst der Jonenbehandlung in die Tiefe zu bringen. Am empfehlenswertesten ist es, die positive Elektrode mit 1—2%igem Zinksulfat oder -chlorid zu armieren. Auch die verschiedenen Anilinfarben, wie Methylviolett, Methylenblau, Scharlachrot kommen in Betracht und zwar ebenfalls von der positiven Elektrode aus.

Lockwood, Ch. D. Die Faktoren, welche die Sterblichkeit bei der Prostatektomie bestimmen. p. 139.

Folgende Faktoren bestimmen die Prognose bei der Prostatektomie: 1. Die vorausgehende Prüfung, um die Operabilität des Falles und die wahrscheinliche Resistenz des Patienten zu bestimmen, 2. die vorbereitende Behandlung, 3. die Anästhesie. 4. die Technik, 5. die Nachbehandlung. Jedem dieser Punkte widmet der Verfasser einige Bemerkungen.

Hampson, W. Die Dosierung der Röntgenstrahlen. p. 141.

Einige Worte über die Dosierung nach Sabouraud-Noiré und die Bestimmung nach Zeit, auch unter Kontrolle der Bariumplatinzyanidtabletten.

Bunch, J. L. Über die kontinentalen Methoden der Syphilisbehandlung. p. 143.

Nichts neues für die Leser dieser Zeitschrift.

April 1915.

Hoffman, C. Lungensyphilis. p. 181.



H. berichtet über einen Fall von Lungensyphilis. Nach Ansicht des Autors ist die Lungensyphilis außerordentlich selten. Sie tritt in den späten sekundären oder frühen tertiären Perioden auf. Wenn der Auswurf eines Lungenkranken wiederholt keine Tuberkelbazillen ergeben hat, so soll man an eine syphilitische Infektion denken. Es kann auch die syphilitische und tuberkulöse Infektion der Lunge gleichzeitig vorkommen.

Mc Kinnon, A. J. Eine vereinfachte Technik für die suprapubische Prostatektomie. p. 186.

Rein technische Mitteilung.

Richter, G. Die moderne Interpretation der chronischen Nephritis. p. 188.

Nicht zum kurzen Referat geeignet.

Van Hook, W. Rapide Orchidektomie wegen Gangrän. p. 192.

Die Operation wird kurz beschrieben und bildlich dargestellt.

Bronner, H. Bacillus pyocyaneus-Infektion des Ureters. p. 197.

B.'s Patient, der schwere Gonorrhöen durchgemacht hatte, litt seit 12 Jahren an Schmerzen der linken Nierengegend. Im linken Ureter wurde durch Ureterenkatheterismus Eiter festgestellt, aus welchem der B. pyocyaneus reingezüchtet wurde. Behandlung mit autogenen Vakzinen erfolgreich.

Mai 1915.

Harpster, Ch. M. Sarkom der Blase. p. 241.

Der Fall betrifft eine 55jährige Frau. Die Geschwulst hing an einem Stiele nahe der linken Ureterenmündung. Blasensymptome bestanden erst seit drei Monaten. Operative Behandlung. Exitus 36 Stunden nach der Operation.

Bunch, J. L. Bullöse Eruptionen bei Kindern. pag. 245.

Kurze Übersicht der Hautkrankheiten, die mit Blasenbildung einhergehen, bei Kindern. Genauer berücksichtigt wird der Pemphigus neonatorum. Die Differentialdiagnose zwischen Pemphigus neonatorum und Impetigo contagiosa bullosa scheint unmöglich zu sein, da beide wohl dieselbe Krankheit darstellen. Weiter wird die Dermatitis herpetiformis und der Pemphigus einer Besprechung unterzogen.

Ashropshire, C. W. und *Watterson*, Ch. Bericht über einen Fall von Syphilis, der durch intravenöse Injektionen von Quecksilber gebessert wurde. pag. 255.

Nichts neues.



Humphris, H. Elektrizität bei einigen Hautkrankheiten. p. 259.

Kurze Bemerkungen über die Elektrolyse, die Röntgenbehandlung und andere physikalische Heilmittel.

Juni 1915.

Groß, L. Fortschritte in der Luesbehandlung. pag. 301.

Nichts neues.

Windell, J. T. Harnröhrenstrikturen. p. 307.

Wie W. betont, beruhen die meisten Harnröhrenstrikturen auf vernachlässigten oder unbehandelten gonorrhoischen Infektionen oder auf ungeschickten Manipulationen von Ärzten. Meist ist die Einführung filiformer Bougies möglich.

Kanngiesser, F. Hautkrankheiten, verursacht durch Pflanzen. p. 315.

Kurze Übersicht der durch Pflanzen verursachten Dermatosen, den Lesern dieser Zeitschrift aus den deutschen Veröffentlichungen des Autors wohlbekannt.

Barnett, Ch. E. Ein ungewöhnlicher Blasentumor (Karzinom). p. 321.

Bericht über einen Fall von papillomatösem Karzinom der Blase.

Martin, C. Tumoren der Blase. p. 322.

Kurze, aber lesenswerte Übersicht über die verschiedenen Geschwülste der Harnblase. Jeder Fall von Hämaturie sollte instrumentell gründlich untersucht werden, um die Chancen für eine möglichst frühe Behandlung nicht zu verlieren.

Bloom, J. D. Angiom des Augenlids. p. 326.

Bericht über einen abgebildeten Fall.

Juli 1915.

Moore, H. A. Tumoren der Harnblase. p. 361.

M. kommt in seinen Ausführungen, deren Verständnis durch Abbildungen unterstützt wird, zu folgenden Schlüssen: 1. Die große Majorität der Blasentumoren sind entweder primär maligne Geschwülste oder sie gehen frühe maligne Degeneration ein. 2. Hämaturie und Schmerz sind die konstantesten Symptome der Blasengeschwülste. 3. Frühes chirurgisches Eingreifen ist notwendig. 4. Die Fulguration bietet für manche Fälle Möglichkeiten, die man auf chirurgischem Wege nicht schaffen kann.

Ravitch, M. L. Herdinfektion als Ursache gewisser Dermatosen. p. 366.

Während Herdinfektionen bei manchen Menschen einen rein lokalen Prozeß darstellen, verursachen sie bei anderen Systemstörungen. R. berichtet über einige in dies letztere Ge-



biet schlagende Fälle, wo Herdinfektionen an den Tonsillen als Ursache der Dermatosen angenommen wurde.

Baldwin, H. A. Veränderungen der hinteren Harnröhre, mit besonderer Berücksichtigung des Verumontanum. p. 368.

Die Ausführungen des Autors, die durch gute Abbildungen veranschaulicht werden, berücksichtigen die endoskopischen Befunde der Urethra posterior.

Brown, G. E. Todesfall nach Neosalvarsan. p. 378.

Browns Patient, der eine erste intravenöse Neosalvarsaninjektion von Nr. VI gut vertragen hatte, bekam sechs Tage später dieselbe Dosis. Es entwickelte sich das Bild einer Meningitis, die zum Tode führte. Bei der Sektion fand sich eine intensive Kongestion der Hirnhäute mit kleinen Hämorrhagien unter der Arachnoidea. Nach der Ansicht des Autors kam der Tod durch Arsenvergiftung zu stande.

Farbach, H. J. Untersuchung des Blutserums und der Spinalflüssigkeit auf Arsengehalt. p. 379.

Nicht zum kurzen Referat geeignet.

August 1915.

Gradwohl, R. B. H. Eine zusammengestellte Diskussion über die Therapie der Syphilis. p. 421.

G. hat über einige Fragen aus der Syphilistherapie eine Anzahl Dermatologen interpelliert und ihre Antworten zusammengestellt. Die sehr interessanten Ausführungen sind zum kurzen Referat nicht geeignet.

Burke, Ch. B. Die Behandlung der gonorrhoischen Vesiculitis seminalis mit Einspritzungen von Argyrol. p. 433.

B. behandelt die gonorrhoisch infizierten Samenbläschen mit 10%igen Einspritzungen von Argyrol durch das Vas deferens. Zu diesem Zwecke wird nach sorgfältiger Desinfektion der vordere Teil des Skrotums nach Schleich infiltriert und der Samenstrang nach Inzision lokalisiert. Er wird festgehalten, worauf dann die Injektion erfolgt. Die Nadel bleibt für die weiteren Injektionen stecken und wird fixiert. Die nächste Injektion erfolgt 24—36 Stunden später.

Hoffman, C. G. Syphilis maligna. p. 434.

Bericht über einen Fall, bei dem trotz sicherer Diagnose die antisyphilitischen Mittel nicht günstig wirkten.

September 1915.

Smith, L. D. Die intraspinale Behandlung der Syphilis des Nervensystems. p. 481.

S. hat bei 14 Fällen 61 intraspinale Injektionen gegeben.



Seine Erfahrungen sind folgende: Er erhielt bei zerebrospinaler Syphilis und Tabes außerordentlich günstige subjektive und objektive Resultate, begleitet von Besserung des serologischen Befundes. Am leichtesten reagiert klinisch und serologisch die Lues cerebrospinalis, dann die Tabes, am resistentesten verhält sich die Paralyse.

Kretschmer, H. L. Über nicht mit dem Messer ausgeführte Blasenoperationen. p. 485.

Die Arbeit beschäftigt sich mit den Blasenoperationen im Kystoskop, der Litholapaxie und der Fulguration; zum kurzen Referat sind die Ausführungen nicht geeignet.

Aronstam, N. E. Die verschiedenen groben pathologischen Veränderungen der Urethra, festgestellt durch die Urethroskopie. p. 490.

Nur wenige Bemerkungen von einigen recht guten Bildern begleitet.

Kanngiesser, F. Die durch Pilze verursachten Hautkrankheiten. p. 495.

Eine sehr sorgfältige Beschreibung der durch Pilze verursachten Hautkrankheiten. Auch die selteneren und exotischen Erkrankungen sind berücksichtigt worden. Zum kurzen Referat ist die Übersicht nicht geeignet.

Bremner, A. T. Die Grenzgebiete der Dermatologie. p. 503.

B. spricht kurz über verschiedene Hautkrankheiten, die ins andere medizinische Gebiet hinüberspielen. Neues ist in der Arbeit nicht enthalten.

Oktober 1915.

Koll, J. S. Die Ätiologie, Pathologie und Behandlung der Impotenz. p. 541.

Auf $3^1/_2$ Seiten behandelt der Autor das Gebiet. Er betont, daß die wichtigste lokale Maßnahme bei der Behandlung der männlichen Impotenz die Behandlung des Verumonatnums darstellt.

Wilhelmj, W. und *Mc Qullian*, A. B. Vesiculitis seminalis. p. 550.

Veröffentlichung einiger Röntgenbilder, die nach Kollargoleinspritzung gewonnen sind. Nur kurzer Text.

Paul, Th. M. Warum heilen die Silbersalze nicht alle Fälle von Gonorrhoe. p. 554.

Die gestellte Frage wird folgendermaßen beantwortet: 1. Weil die Wirkung der Silbersalze nicht klar verstanden wird und diese daher nicht zu ihrem besten Vorteil verwendet werden. 2. Weil sie, auch wenn sie richtig verwendet werden, sie zu Aufgaben angewandt werden, die sie nicht die Macht haben, zu erfüllen.



Fletcher, E. A. **Nierentuberkulose. Geschichte und Pathologie. Symptomatologie und Diagnose, Behandlung und Resultate.** p. 558.

F. schließt folgendermaßen: Die chronische einseitige Nierentuberkulose ist keine seltene Erkrankung. Sie wird oft zuerst wochen-, monate- oder sogar jahrelang als Zystitis diagnostiziert und behandelt. Nephrektomie und zwar Nephrektomie allein bieten die einzige Gelegenheit für eine Heilung; bei den frischen Fällen sollte sie schätzungsweise bei 75% der Fälle zur Anwendung kommen.

November 1915.

Bremerman, L. W. **Die Wirkungen des Traumas auf den Traktus urogenitalis.** p. 601.

B. beschränkt sich in der kurzen Übersicht auf die Wirkung des Traumas auf Niere, Blase und Harnröhre, die Teile, die am häufigsten traumatisch befallen werden. Zum kurzen Referat sind die Ausführungen nicht geeignet.

Roberts, W. O. **Blasenhernie.** p. 605.

R. hat während 30 Jahren nur zwei Fälle dieser Art beobachtet. Nur ein weiterer Fall wurde dieser Zeit in Louisville beschrieben. Es wird die Krankengeschichte dieser drei Fälle mitgeteilt.

Stone, L. A. **Die Prostituierte, eine ethnologische Studie.** p. 609.

Die Arbeit berücksichtigt hauptsächlich die Prostitution im Altertum.

Hoffman, C. G. **Gonorrhoische Infektion mit spezieller Berücksichtigung der Untersuchung des Mannes vor der Ehe.** p. 613.

Kurze Besprechung der Frage des Ehekonsens bezüglich der Gonorrhöe. H. schließt sich den Forderungen **Wolbarsts** (New York Med. Journ. Jan. 1915) an.

Barnes, W. S. **Tuberkulöse Epididymitis.** p. 617.

Bericht über einen Fall. Die Tuberkulose der Epididymis ist wahrscheinlich hämatogen. Die Tuberkulose befällt zuerst die Epididymis und kann selbst bei lange zurückliegender Infektion den Hoden verschonen. Die Epididymis und das Vas deferens kann aus der Verbindung mit dem Hoden gelöst werden, ohne daß der letztere verletzt wird, so daß das Individuum die innere Hodensekretion nicht verliert.

Rathburn, N. P. **Akute Infektionen der Niere.** pag. 619.

Bericht über einen Fall mit kurzer Epikrise.



Dezember 1915.

Schmidt, L. E. Die Rolle der Urinstase für die Ätiologie der pyogenen Niereninfektionen. p. 661.

Nicht zum kurzen Referat geeignet.

Pfahler, G. E. Ausgedehnte Mäler erfolgreich behandelt mit der Dessikationsmethode. Bericht über einen Fall. p. 666.

Pf. berichtet über einen ausgedehnten Naevus verrucosus, den er mit gutem Erfolge mit der von Clarke beschriebenen Dessikationsmethode behandelt hat. Die einzelnen Phasen der Heilung sind bildlich dargestellt.

Allen, E. S. „Chirurgische Niere." Bericht über fünf Fälle. p. 669.

A. demonstriert fünt operativ entfernte Nieren. Anschliessende Diskussion über die Demonstration im Louisville Medical Club.

Wood, F. M. Die Vakzinebehandlung des Ekzems. p. 680.

Wood kommt in seinen Ausführungen zu folgenden Schlüssen: 1. Das Ekzem kommt indirekt durch eine Mikrobeninfektion zu stande, doch die Säuretoxine der unvollständig gespaltenen Bakterienproteine verursachen die Veränderungen durch ihre Wirkung auf die Hautzellen. Mit anderen Worten, das Ekzem ist oft von Charakter anaphylaktisch. 2. Das Ekzem kann auch verursacht werden durch teilweise gespaltene Proteine irgendwelchen Charakters, nämlich Fleisch- und Eiprotein, da auch einige Nahrungsstoffe nur kümmerlich von empfänglichen Individuen aufgespalten werden, die nur ein Minimum proteinspaltendes Ferment zur Verdauung dieser Proteine besitzen. 3. Wir können das Vermögen, diese Proteine zu verdauen, steigern, indem wir sie in Form von Vakzinen injizieren, und zwar in kleinen Dosen, wenn sie sehr toxisch sind, wie beim Tuberkulin. 4. Staphylokokken in der Haut, nach Furunkeln, können ein lokales staphylogenes Ekzem hervorrufen. 5. Autogene bakterielle Vakzinen sind wirksam bei Ekzemen, die durch Herde in den Zähnen, Tonsillen etc. hervorgerufen sind, besonders beim Ekzem nach Pyorrhoe.

Januar 1916.

Kretschmer, H. L. Zystinurie und Zystinsteine. Mit Bericht über eine neue Familie von Zystinurikern. p. 1.

Die beiden Fälle K.'s von Zystinurie sind aus folgenden Gründen bemerkenswert: 1. Die beiden Fälle sind 9 Jahre alte Zwillinge; von den übrigen Mitgliedern der Familie konnte einer, der Vater, nicht untersucht werden. Der Urin der Mutter



war negativ. Zwei Schwestern wiesen Zystinkristalle im Urin auf, ein Bruder wies keine Kristalle auf, doch ergab sein Urin die Anwesenheit einer Schwefelreaktion. Die Arbeit stellt eine sorgfältige Zusammenstellung der seltenen Stoffwechselstörung dar. Langes Literaturverzeichnis.

Aronstam, N. E. Ein Beitrag zum Studium der post- und parasyphilitischen Erscheinungen. p. 11.

A. beschränkt sich auf folgende auf der Basis einer Syphilis entstehenden Symptome respektive Symptomenkomplexe: 1. Arthritische Symptome, inklusive der verschiedenen, ätiologisch nicht klassifizierbaren Arthropathien. 2. Funktionelle und organische Affektionen des Nervensystems, die bisher anderen ursächlichen Faktoren zugeschrieben wurden. 3. Affektionen der Mundschleimhaut. 4. Gewisse Psychosen, Perversitäten und geistige Verirrungen. 5. Dunkle Formen der Nephritis. 6. Veränderungen im Gefäßsystem. 7. Prämature Senilität. Ob alle Formen, über die der Autor berichtet, mit der Syphilis in Zusammenhang stehen, ist nicht überzeugend dargetan.

Englander, S. Essentielle Hämaturie. p. 16.

Bericht über einen Fall und Beschreibung der essentiellen Hämaturie an der Hand der Literatur.

Spalding, C. B. Prostatektomie. p. 20.

S. drängt in der vorliegenden Arbeit darauf hin, die Prostatektomie frühzeitig auszuführen, ehe der Patient zum Gebrauch des Katheters geschritten ist. Die Mortalität wird durch Operation in zwei Etappen gelingen.

Mapes, C. C. Gonorrhoische Proktorrhoe. p. 23.

M. kommt in seiner Arbeit zu folgenden Schlüssen: 1. Im Gegensatz zu der Ansicht der älteren Autoren ist die Rektalschleimhaut nicht immun gegen die gonorrhoische Infektion; Rektalinfektion kommt bei Mann und Frau häufiger vor, als man bisher annahm. 2. Die Majorität der Lehrbücher geht nur in lückenhafter Weise auf die Therapie der gonorrhoischen Rektumerkrankung ein. 3. Bei Erwachsenen beider Geschlechter ist die Päderastie oft die Ursache der Übertragung, doch nicht der einzige Infektionsmodus. Bei Kindern ist der unmittelbare Kontakt praktisch immer die Ursache; bei erwachsenen Frauen ist die Infektion öfters akzidentell durch Ausbreitung von einer infizierten Vagina oder durch bei erkrankten Personen gebrauchte Spritzen. 4. Wird die Rektalinfektion nicht ordnungsgemäß behandelt, so wird sie chronisch und führt zu Ulzeration, Stenose und anderen schweren Folgen. 5. Die Behandlung muß ebenso energisch sein, wie die der anderen gonorrhoischen Lokalisationen. Fritz Juliusberg (Posen).

Geschlechtskrankheiten.

Syphilis. — Therapie.

Gaucher. Die Gefahren des grauen Öls. Journ. d. pratic. 1914. Nr. 23.

Ebenso gefährlich wie Salvarsan ist graues Öl. Schon aus theoretischen Erwägungen hat Gaucher seine Anwendung seit Jahren widerraten. Er berichtet nun über 12 Fälle, von denen 10 durch Hg-Intoxikation zugrunde gingen, 2 nur mühsam gerettet werden konnten. Nur in löslichen Injektionen und interner Darreichung dürfe Quecksilber verabfolgt werden; jede Depot-Behandlung kann wegen plötzlicher Überschwemmung des Organismus (z. B. infolge Hinfallens auf das Gesäß) schwere Schädigungen hervorrufen. F. Münchheimer (Wiesbaden).

Schamberg, Jay Frank und *Kolmer*, John A. Die keimtötende Eigenschaft des Kalomels. The Journal of the American Medical Association. 1914. Juni 20. p. 1950.

Bei der Untersuchung der keimtötenden Eigenschaften des Chrysarobins und anderer bei der Behandlung der Psoriasis verwendeter Substanzen sahen sich Schamberg und Kolmer genötigt, eine Methode auszuarbeiten zur Prüfung der antibakteriellen Eigenschaften im Wasser unlöslicher Substanzen. Als Ausgangssubstanz diente das Kalomel. Es kam zunächst darauf an, eine Suspension herzustellen, die wenigstens 1 Stunde lang sich unverändert hielt und das gelang mit Hilfe einer 2%igen sterilisierten Lösung von Acacia in Wasser. Es ergab sich, daß das Kalomel trotz seiner Nichtlöslichkeit und seiner relativen Nichtgiftigkeit eine keimtötende Kraft besitzt, die der des Sublimats gleicht. Fritz Juliusberg (Posen).

Gonorrhoe und deren Komplikationen.

Chiari, Innsbruck. Die Arthritis gonorrhoica in der medizinischen Literatur des letzten Dezenniums. Zentralblatt für die Grenzgebiete der Medizin und Chirurgie. Bd. 18. p. 445.

Zusammenstellung der Literatur über Arthritis gonorrhoica der Jahre 1903—1913. Übersichtsreferat.

Hans Burkhard (Breslau).



Weinbrenner. Prinzipielles zur Behandlung der gonorrhoischen Zystitis. Dtsch. med. Woch. Nr. 22. 1915.

Weinbrenner kam nach langjährigen Erfahrungen zu der Überzeugung, daß es angezeigt sei, den Urin von gonorrhoischer Zystitis so sauer wie möglich zu machen, um aus dem Gewebe einen möglichst schlechten Nährboden für den Krankheitserreger zu machen. Hierzu dienten: Einschränkung der Flüssigkeitsaufnahme, Vermeidung alkalischer Wässer, rein animalische Kost, reizmildernde Medikamente und solche, welche die saure Reaktion verstärken. Hiebei wird auch die Blase mit der möglich geringsten Flüssigkeit belästigt. Wird der Stuhl zu dick, so muß er mit Ol. ricini, aber niemals mit alkalischen Salzen geregelt werden. Mit dieser Methode erzielte Verf. bei Zystitis und deren Komplikationen sowohl bei Männern wie bei Frauen ausgezeichnete Erfolge. Max Joseph (Berlin).

Müller, Hugo und *Bender*, Ernst. Versuche mit dem Nicolleschen Gonokokkenvakzin (Dmègon). Münch. med. Woch. 1914. Nr. 30.

Verf. empfehlen das Dmègon bei Komplikationen und Metastasen der Gonorrhoe, bei denen andere Vakzine versagt haben, ferner, wenn neben echten Gonokokken grampositive Diplokokken auftreten. Das Dmègon enthält, den Gonokokken beigefügt, grampositive Kokken (Synokokken).

Ferner eignet sich das Präparat bei Fällen, in welchen starke allgemeine und örtliche Reaktionen sich verbieten.

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Stümpke, Gustav. Thigan, ein neues äußerliches Antigonorrhoikum. Münch. med. Woch. 1914, Nr. 25.

Thigan, eine Verbindung von Thigenol und Silber, wurde bei ca. 400 Fällen angewandt. Verf. hält das Präparat für ein gutes äußerliches Antigonorrhoikum und betont besonders die in dem Präparate vereinigte adstringierende und antibakterielle Wirkung. Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Stümpke, Gustav. Über gonorrhoische Granulationen. Münch. med. Woch. 1914, Nr. 28.

Stümpke beschreibt 6 Fälle von Gewebswucherungen an Anus und Damm bei Frauen. Da diese an Gonorrhoe litten (2 an Rektalgonorrhoe), so besteht wohl ein ursächlicher Zusammenhang zwischen den beiden Prozessen.

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Strebel, J. Keratitis gonorrhoica nach Reinjektion von Gonokokkenvakzine. Conjunctivitis metastatica gonorrhoica. Münch. med. Woch. 1914. Nr. 26.

Verf. beschreibt ausführlich einen Fall von Urethralgonorrhoe und Arthritis gonorrh. metastatica, bei dem nach Re-



injektion von Gonokokkenvakzine Keratitis und metastatische Konjunktivitis sich einstellten.

Es bestanden zugleich gonorrhoische Hauteffloreszenzen und Hyperkeratosis gonorrhoica plant. Die Keratitis wird vom Verf. als „endogen" entstanden aufgefaßt.

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Heussner, H. L. Die Behandlung der Gonorrhoe mit Wasserstoffsuperoxyd. Med. Klinik. 1915. Nr. 21.

Man verwendet höchstens 3 % Lösungen, da stärkere heftig reizen. Am besten bewährte sich Kombination mit Silberpräparaten; zuerst wird die Harnröhre mit Wasserstoffsuperoxyd 2—3 Minuten behandelt, nachher das Silbersalz eingespritzt. „Die katarrhalischen Erscheinungen schwinden sehr rasch und man kann mit wenigen Ausnahmen von einer erfolgreichen Abortivkur sprechen." H. Hecht (Prag).

Neisser, A. Zur Frage der Ätiologie der Adnexerkrankungen. Med. Klin. 1915. 18.

Neisser nimmt gegen den einseitigen Standpunkt vieler Gynäkologen bezüglich der Ätiologie der Adnexerkrankungen Stellung, daß diese immer gonorrhoischer Natur sein müßten. Er gibt zu bedenken, daß auch andere Entzündungen, so vielleicht die postgonorrhoische Urethritis der Männer, zu gleichen Konsequenzen führen könnte. Hier wäre allerdings nur durch die bakteriologische Mitarbeit der Frauenärzte ein Fortschritt in der Erkenntnis zu erzielen. Daß Hand in Hand mit diesen Untersuchungen alle möglichen Methoden des Gk.-Nachweises beim Manne zu üben wären, ist selbstverständlich. So dürfte vielleicht dann die Trennung dieser scheinbar einheitlichen Prozesse in verschiedene Gruppen durchführbar sein. Der Hypothese Orlowskis, daß gonokokkenfreie Tripperfäden einen bakterienfreien Zervixkatarrh verursachen könnten, kann sich Neisser nicht anschließen. Alfred Kraus (Prag).

Schenderowitsch. Die Behandlung der Gonoblennorrhoe der Neugeborenen und Erwachsenen an der Berner Universitäts-Augenklinik. Therap. Monatshefte. 1915. 29. Bd. p. 35.

Sowohl die Kollargol (3 %), wie die Syrgol (5 %) -Behandlung gibt nicht nur bei unkomplizierten Fällen, sondern selbst bei solchen mit schweren Hornhautkomplikationen bei Neugeborenen und Erwachsenen sehr gute Resultate. Beide Mittel machen nur geringe Schmerzen. Das Kollargol ist etwas unangenehm wegen der schwarzen Farbe; das Syrgol hat den Nachteil, besonders bei Neugeborenen, wenn es in größerer Menge auf einmal in den Konjunktivalsack geträufelt wird, stinkende Diarrhöen und schlechtes Allgemeinbefinden hervor-



zurufen. Offenbar gelangt das Syrgol durch den Tränenabfluß-apparat in Nase und Rachen und von da in den Darm.

V. Lion (Mannheim).

Glück, A. Zur Diagnose der weiblichen Urethralgonorrhoe. Wiener klin. Wochenschr. 1915. Nr. 31.

Bei einer großen Anzahl tripperkranker Prostituierter fand Glück im Urethralsekret mit Hilfe der 1% Methylenblaulösung gut darstellbare, blaß- bis schwarzblaue, meist rundliche, im Protoplasma der Epithelzellen liegende, anscheinend strukturlose Gebilde. Neben Epithelzellen, die mit solchen Einlagerungen vollgepfropft sind, sieht man Zellen, die nur vereinzelte dieser Gebilde enthalten. Aus den Beobachtungen schließt der Autor, daß die Abwesenheit der Gonokokken im Urethralsekret, selbst bei wiederholter Untersuchung, allein zur Feststellung der Diagnose nicht, noch weniger zur Feststellung einer Heilung genügt; es ist vielmehr das Nichtvorhandensein bei gleichzeitiger Abwesenheit der Gonokokken der oben beschriebenen Epitheleinlagerungen zur Sicherstellung der Diagnose zu verlangen. Das Vorhandensein der Einlagerungen spricht unbedingt für die noch bestehende Infektiosität des Prozesses. Viktor Bandler (Prag).

Luithlen, Fr. Arthigon bei gonorrhoischer Herzerkrankung. Wiener klin. Wochensch. 1915. Nr. 20.

Bei einem Patienten, der an Gonorrhoe leidet, traten Symptome ein, die auf eine Erkrankung des Herzmuskels, bzw. der Herzklappen hinweisen. Die Krankheitserscheinungen des Herzens zeigen auf intravenöse Injektion von Arthigon eine deutliche Reaktion, bestehend in Verschlimmerung des Allgemeinbefindens, Herzkollaps und vorübergehender Verschlechterung der objektiven Erscheinungen am Herzen. Diese Reaktion stellt sich bei Wiederholung der Arthigoninjektion jedesmal wieder ein, solange objektiv ein Krankheitsbefund am Herzen zu erheben ist, bis schließlich nach Heilung der Herzerkrankung die Arthigoninjektion keine Reaktion mehr auslöst. Die Erscheinungen des Herzens, die sich auf die intravenöse Zufuhr von Arthigon hin einstellten, machen den Eindruck von Herdreaktion, wie wir solche bei anderen Lokalisationen des gonorrhoischen Prozesses häufig beobachten.

Viktor Bandler (Prag).

Abel, Karl. Azetonal-Vaginalkugeln bei der Behandlung chronisch-entzündlicher Adnexerkrankungen. Dtsch. med. Wochensch. Nr. 36. 1915.

Die von Abel mit gutem Erfolg angewandten Azetonal-Vaginalkugeln stellen eine Verbesserung der Alsolvaginalkugeln dar, sie enthalten das Alsol in konzentrierterer Form und üben keine Reizwirkung aus. Die Kugeln wurden von den Patienten

selbst dreimal wöchentlich eingeführt, linderten die Schmerzen und beseitigten oder verminderten den Ausfluß. In allen behandelten Fällen lagen chronisch-entzündliche Erkrankungen vor.
Max Joseph (Berlin).

Levy. Gonorrhoebehandlung mit Optochin. Berl. klin. Woch. 1915. Nr. 42.

Sechsmalige tägliche Injektion von 1 % Optochinlösung hat nach Verf. Erfahrung einen günstigen Einfluß auf den Verlauf der Gonorrhoe gehabt. Max Leibkind (Dresden).

Mc Donald, Ellice. Chininlösung zur Blasenspülung. The Journal of the Amer. Medical Assoc. 1915. Feb. 6. p. 505.

Mc Donald empfiehlt auf Grund achtjähriger Erfahrung das Chininbisulfat in einer Stärke von 1 zu 2000 zur Blasenspülung bei Frauen. Fritz Juliusberg (Posen).

Tivnen, R. J. Erblindung durch Ophthalmia neonatorum. The Journal of the American Medical Association. 1914. November 14. p. 1756.

Der interessantes statistische Material enthaltende Artikel Tivnens fordert zu energischen prophylaktischen Maßnahmen gegen die Augenblennorrhoe der Neugeborenen auf.
Fritz Juliusberg (Posen).

Kolmer, J. A. und *Brown*, G. P. Die Komplementfixation bei gonorrhoischen Infektionen. Journal of infectious diseases. 1914. Juli. Ref.: The Journal of the American Medical Association. 1914. August 29. p. 804.

Etwa 60 % der Fälle von gonorrhoischen Infektionen, die Kolmer und Brown untersuchten, reagierten nach der Komplementfixationsuntersuchung positiv. Von den wenigen Fällen von Pyosalpinx, die geprüft wurden, ergaben 66 % ein positives Resultat. Bei Arthritiden, die klinisch als Gonokokkeninfektionen erschienen, reagierten 83 % positiv. Die Komplementfixation hat praktischen Wert zur Unterstützung der Diagnose bei unklaren Arthritiden und bei entzündlichen Beckenerkrankungen der Frauen.
Fritz Juliusberg (Posen).

Thomas, B. A. und *Pancoast*, H. K. Pathologie, Diagnose und Behandlung der Vesiculitis seminalis. Annals of surgery. 1914. Sept. Ref.: The Journal of the American Medical Association. 1914. Oktober 17. p. 1421.

Thomas und Pancoast weisen auf die Häufigkeit der chronischen Vesiculitis seminalis hin. Die Entzündung kommt durch eine Mischinfektion zustande; im chronischen Stadium ist es gewöhnlich unmöglich, den Gonokokkus zu isolieren. Die Krankheit entspricht in vieler Beziehung dem Pyosalpinx der Frauen. Die Behandlung hängt ab von dem pathologisch-anatomischen Zustand der Samenblasen, der Ductus ejaculatorii



und des Vas deferens. Die Behandlung besteht in Massage, Vasopunktur und Kollargolinjektion.

Fritz Juliusberg (Posen).

Heusner, Hans L. Die Behandlung der Epididymitis gonorrhoica mit der Nitra-Therapielampe. Dtsch. med. Woch. Nr. 51. 1915.

Wenn die akuten Erscheinungen der gonorrhoischen Epididymitis durch Bettruhe, Hochlagerung des Hodens und feuchte Umschläge zum Abklingen gebracht sind, ist Wärme das beste Mittel gegen die Schmerzen, Infiltrate und Rezidive des chronischen Stadiums. Zu diesem Zwecke verwandte Heusner mit gutem Erfolg die strahlende Wärme der hochkerzigen Nitralampe. Dieselbe erwies sich auch als ausgezeichnetes Hilfsmittel bei einer akuten Epididymitis gon., während welcher der Pat. eine anstrengende Tätigkeit nicht aufgeben wollte. Hier wurde während einiger Wochen mit 10 Bestrahlungen in Dauer von 25 bis 40 Minuten völlige Heilung erzielt.

Max Joseph (Berlin).

Ullmann, K. Zwei vielgebrauchte therapeutische Erfordernisse für den Militärarzt. Wiener klinische Wochensch. 1915. Nr. 24.

Ullmann macht Angaben über ein praktisches Suspensorium, das gleichzeitig als Hodenverband für therapeutische und prophylaktische Zwecke dient; die näheren Details müssen im Originalartikel nachgelesen werden. Weiters empfiehlt Ullmann das 20% graue Öl zur Syphilisbehandlung, ein Präparat, für das der Autor seit jeher eingetreten ist.

Viktor Bandler (Prag).

Ulcus molle.

Quarelli, Gustavo und *Negro,* F. Weicher Schanker und unerkannt gebliebene Syphilis. Med. Klinik. 1915. Nr. 3.

Relativ häufig finden sich bei Leuten, welche angeblich einmal weiche Geschwüre — ohne Symptome von Mischinfektion — gehabt haben, Anhaltspunkte für Lues, was die Autoren speziell an der Hand der Wa.-R. festgestellt haben. Sie treten daher bei jedem Individuum, das an weichen Schankern gelitten hat, für eine längere klinische Beobachtungszeit ein, während der serologische Prüfungen vorgenommen werden müssen.

Alfred Kraus (Prag).



Nicht venerische Erkrankungen der Harn- und Geschlechtsorgane.

Engel. Die Harnabscheidung des Säuglings. Deutsche med. Woch. Nr. 46. 1914.

Um die Harnentleerungen junger Kinder zu kontrollieren, brachte Engel einen Platinelektroden mit einem elektrischen Läutewerke in Verbindung und schloß diesen Apparat einem dem Säugling angelegten Urinal an. Sobald der Harn in den Rezipienten floß, trat das Läutewerk in Tätigkeit. Der Überschuß von Harn wurde durch ein seitliches Rohr in einen vorgelegten Kolben geleitet. Auf diese Weise wurde festgestellt, daß ein normal ernährter Säugling 25 Harnentleerungen am Tage hatte, deren Gesamtmenge 500 *ccm* bei einer Flüssigkeitsaufnahme von 8 *ccm* am Tage betrug. Mit der Menge der Flüssigkeitszufuhr änderte sich naturgemäß die Harnmenge. Bewegung und Erregung übte einen bedeutenden Einfluß auf die Zahl der Entleerungen, die im Schlafe oft sistierten. Die einzelne Urinportion betrug 10—20 *ccm*, im Maximum 50—60 *ccm*, nur in Ausnahmefällen 70—90 *ccm*. Nach längeren Ruhepausen folgten größere Entleerungen. Max Joseph (Berlin).

Guth, A. Intoxikation der Harnwege nach Allcocks Porous Plaster. Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte. 1915. Nr. 9. pag. 279.

Guth beobachtete bei einem 37jährigen sonst gesunden Manne nach Applikation von Allcocks Porous Plaster, das ein Kantharidenpflaster darstellt, entzündliche Reizung der Niere, der Blase und der Harnröhre. Die Intoxikationserscheinungen zeigten sich in Form von schmerzhaftem Harndrang, von gehäuften Miktionen und Brennen in der Urethra. Der Urin wurde eiweißhaltig (1‰), zeigte durchsichtige membranöse Fetzen (Blasenepithelien) und ein Sediment, das aus reichlichen Leukozyten, aus Erythrozyten und epithelialen Nierenzylindern bestand.

Nach Entfernung des Pflasters heilte Patient bei entsprechender Diät in 4 Tagen.

Bei Anwendung obigen Pflasters sind also die Harnorgane genau zu kontrollieren, trotzdem das Pflaster als ein unschädliches hingestellt wird. Max Winkler (Luzern).

Bach-Elster. Moorbäder und Quarzlichtbestrahlungen bei Enuresis nocturna. Zeitschrift für physikalische und diätetische Therapie. Bd. XIX. pag. 75.

Ausgehend von der Auffassung, daß „eine blasse, dünne, talglose, trockene, leicht schwitzende Haut“ eine wichtige Ätio-

logie für das Auftreten der Enuresis nocturna darstelle, indem reflektorisch durch Sympathikusreizung von der Haut aus die Enuresis hervorgerufen wird, empfiehlt Verf. auf Grund einer erfolgreichen Behandlung zweier Fälle die Anwendung von Moorbädern und der künstlichen Höhensonne.

Hans Burkhard (Breslau).

Bloch, Iwan. Zur Behandlung der sexuellen Impotenz. (Med. Klin. 1915. Nr. 8.)

Die Organotherapie allein kommt als wirklich kausale Therapie fast aller Formen der Impotenz in Betracht. Sie verbürgt eine — wenn auch langsame — so doch sichere Wirkung. Auf Veranlassung des Verf. bringt die chemische Fabrik Dr. Georg Henning, Berlin, ein Mittel in den Handel, das die rasche Wirkung des Johimbins mit der länger andauernden der Opotherapie zweckmäßig verbindet. Die beiden Präparate, welche der Behandlung der sexuellen Insuffizienz des Mannes als auch der Frau dienen sollen, haben die Bezeichnung „Testogan", resp. „Thelygan" erhalten. Zur Herstellung des ersteren wird ein Extrakt von Stierhoden, des letzteren ein wässeriger Auszug von Kuhovarium verwendet. Beide enthalten einen Zusatz von Johimbin. Die Behandlung kann in Form subkutaner Injektionen aus sterilen Ampullen oder intern in Tablettenform durchgeführt werden. Verf. hat — besonders bei der Therapie sämtlicher Erscheinungen der sexuellen Insuffizienz des Mannes — sehr gute Erfolge beobachtet, besonders wenn die Therapie ausreichende Zeit fortgesetzt und durch verschiedene tonisierende Maßnahmen unterstützt wurde. Auch seine Versuche mit dem Ovarialpräparat scheinen ihm dessen weitere Anwendung zu rechtfertigen. Alfred Kraus (Prag).

Deutsch, S. Eine praktische Zirkumzisionsklemme. Münch. med. Woch. 1914. Nr. 26.

Im Original nachzulesen. Theodor Baer (Frankfurt).

Casper, L. Prostatahypertrophie und Prostatatumoren. (Med. Klinik, 1915. Nr. 23.)

Klinischer Vortrag, der sich ausführlich mit Diagnose, Prognose und Behandlung beschäftigt. H. Hecht (Prag.)

Eichhorst, H. Über epidemische Speicheldrüsen- und Nebenhodenentzündung. (Med. Klin., 1915, Nr. 19.)

In seltenen Fällen erkranken bei epidemischer Speicheldrüsenentzündung die Nebenhoden, nicht die Hoden. Bei den zwei erwähnten Fällen war nicht die Ohrspeicheldrüse allein oder hauptsächlich, sondern die Unterkieferdrüse erkrankt.

Schalit, E. Bemerkungen zum Artikel Professor Eichhorsts „Über epidemische Speicheldrüsen- und Nebenhodenentzündung. (Med. Klin., 1915, Nr. 27.)

Im Winterfeldzuge in den Karpathen wurden sehr viele



solcher Fälle beobachtet. Auch hier war die Erkrankung der Unterkieferdrüse ohne Beteiligung der Ohrspeicheldrüse auffällig. H. Hecht (Prag).

Asher, Leon. Die Innervation der Niere. Deutsche med. Woch. Nr. 34. 1915.

Die ausführlich beschriebenen Versuche galten der Erforschung der Niereninnervation. Mittelst Durchschneidung des Splanchnikus auf der zu untersuchenden Seite, Zerstörung der Nerven am Nierenhilus durch Phenol an der anderen Seite wurde der wichtigste Gefäßnerv dem Eingeweide einseitig erhalten, während ein Einfluß gereizter Vagusfasern auf die Niere ausgeschlossen wurde. Die entnervte Niere galt als Kontrollorgan. Statt Narkose wurde Dezerebrierung vorgenommen. Unter dem Einflusse des Nervus vagus vermehrte sich sowohl die Harnmenge wie die festen Bestandteile des Harnes, so daß der Vagus als sekretorischer Nerv der Niere festgestellt werden konnte. Doch kommt dieser Innervation mehr regulierende Wirkung als unmittelbare Lebensnotwendigkeit zu. In Analogie mit dem Bau der Speicheldrüsen enden die Fasern des Vagus zwischen den sekretorischen Zellen der Harnkanäle. Antagonistisch zu der fördernden Wirkung des Vagus übt der Splanchnikus hemmende Wirkung auf die Niere. Die Verengerung der Gefäße bei Splanchnikusreizung wurde ausgeschaltet durch Dauereinlauf von konzentrierter Salzlösung in eine Vene, wodurch die Nierengefäße erweitert werden. Darnach war festzustellen, daß auch bei Ausschluß von Gefäßverengerung die Reizung des Splanchnikus die Harnabsonderung verringerte. Die Nieren können zwar allein durch den Stoffwechsel ohne Nerveneinfluß zu ihrer Absonderungstätigkeit angeregt werden, doch wird diese durch das Nervensystem reguliert, wobei den Hormonen eine bedeutende Rolle zufällt. Max Joseph (Berlin).

Dünner, L. Zur Kenntnis der Phosphaturie. Dtsch. med. Woch. Nr. 33. 1915.

Die aseptischen Phospaturien mit Sedimenten von phosphorsaurem und kohlensauren Kalk zeigen nach Dünners Erfahrungen ähnliche Symptome wie Neurasthenie, dürfen aber wegen der Gefahr einer Nierensteinentwicklung nicht unbeachtet bleiben. Ist in physiologischer Menge Kalzium vorhanden, so besteht eine zu geringe Azidität, ist die Azidität normal, so läßt sich vermehrter Kalk erkennen. Oft treffen auch beide Abweichungen zusammen. Neben Fällen, bei denen eine Hyperazidität des Magens besteht, kommen auch andere vor, die den direkten Einfluß des Nervensystems auf die Harnsäure zeigen. Eigentümlich war die vorübergehende Phosphaturie bei der Polyneuritis eines zuvor an Angina erkrankten Patienten. Mit den Nervensymptomen kam und verschwand auch die Phos-





phaturie. Die Behandlung hat das Nervensystem allgemein oder durch Klimawechsel zu bessern, bei Hyperazidität fettreiche Nahrung, daneben eventuell Acid. phosph. 1·0/20 dreimal täglich 20 Tropfen zu verordnen. Bei großer Kalkmenge ist kalkarme Nahrung, Verbot von Milch und Eiern ratsam. Viel Flüssigkeitsgenuß, Sauerbrunnen, nicht alkalische Wässer dienen zur Verhütung von Nierensteinen. Max Joseph (Berlin).

Bonne. Über die Behandlung und Prognose ausgedehnter Harnröhrenzerreißungen. Deutsche med. Wochenschrift. Nr. 24. 1915.

Nach Bonnes Erfahrungen haben selbst ausgedehnte Harnröhrenzerreißungen eine gute Prognose, wenn sie zweckmäßig behandelt werden, da die Natur imstande ist, auch ein großes fehlendes Stück der Harnröhre bei ruhigem Abwarten wieder herzustellen. Der erste hier mitgeteilte Fall betraf die schwere Fallverletzung eines Greises, die trotz vorhandener Prostatahypertrophie unter aseptischem Katheterisieren und Tonerdekompressen heilte; der zweite einen Knaben, der beim Turnen vom Reck gestürzt war. Hier mußte die zerquetschte Partie durch Operation freigelegt und der Katheter von oben eingeführt werden, wornach bei langer Dauerkatheterbehandlung ebenfalls völlige Heilung erfolgte. Eine Schußverwundung der Harnröhre im jetzigen Kriege war durch Knochentrümmer und Gewebezerreißung der Umgebung kompliziert. Die bestehende Beckenkloake mußte erst mit stumpfer Kürette von Gewebsfetzen und Knochenstückchen befreit und der silberne Katheter dann sehr vorsichtig eingeführt werden. Um Blasenkatarrh zu verhüten, wurde Bärentraubentee und Urotropin gegeben, die Wunde täglich gespült und verbunden. Die Granulationen schritten gut fort, schließlich konnte der silberne durch einen Gummikatheter ersetzt werden und nach einem halben Jahre war der Patient wieder hergestellt. Natürlich ist die peinlichste Aseptik die Vorbedingung solcher Resultate. Die Diät muß in der ersten Woche in Milch und Früchten, dann in einfacher gemischter Kost bestehen, aber Alkohol ausschließen.

Max Joseph (Berlin).

Posner, C. Verletzungen der Harn- und Geschlechtsorgane im Kriege. Zeitschrift für ärztl. Fortbildung. 1915. XII. Bd. pag. 359.

In zusammenfassendem Vortrag erörtert Verf. besonders die Nachkrankheiten bei Verletzungen der Harn- und Geschlechtsorgane, sowohl diejenigen, die sich mittelbar an die Verletzungen anschließen, als auch die, die nur durch den ursprünglichen Vorgang ausgelöst erscheinen. Als solche bringt er die Erkrankung der zweiten Niere bei Erkrankung der einen in Erinnerung, das spätere Auftreten von Erscheinungen der „Nephrose".

Weiter das Wiederaufflackern erloschen geglaubter Pyelitiden, gonorrhoischer Urethritiden, Verschlimmerungen von Harnröhrenstrikturen u. a. Besonders auf die Fälle noch nicht ganz abgelaufener Gonorrhoeinfektionen mit latenten Herden (in Prostata und Samenblasen) ist zu achten. Verf. will diese chronisch Kranken, sofern sich noch infektiöse Keime zeigen, auch wenn es keine Gonokokken, sondern andere pathogene Mikroorganismen sind, vor der Einstellung geeigneter Behandlung unterzogen wissen. V. Lion (Mannheim).

Ribbert, H. Die Adenome der Prostata. (Zieglers Beiträge. LXI. p. 149. 1915.

Eine „Prostatahypertrophie" im Sinne einer Vergrößerung des ganzen Organes gibt es nicht; es kann mit dieser Bezeichnung nur eine äußere Volumenzunahme ausgedrückt werden. Es handelt sich dabei stets um Bildung von Adenomen in bestimmten Teilen des Organs. Die Tumoren gehen aus von den im hinteren Teil der Urethra an deren Unterseite gelegenen Partien, in erster Linie aber von Drüsen, die zwar zu den Seitenlappen gehören, die aber im Bereich des Kollikulus neben der Harnröhre angeordnet sind, und deren Ausführungsgänge an der Unterfläche der Harnröhre entspringen. Die übrigen Abschnitte der Prostata bilden keine Adenome (oder nur ausnahmsweise und in geringem Umfang). Tumorbildend sind also eigentlich nur die unteren urethralen Prostatadrüsen. Seiten-, Unter- und Mittellappen werden durch die Adenome verdrängt und zu einer Art Kapsel abgeflacht, die bei der Ausschälung durch den Chirurgen zurückbleibt.

F. Lewandowsky (Hamburg).

Weitz, H. Zur Hypospadiebehandlung. Deutsche med. Woch. Nr. 36. 1915.

Bei jüngeren Patienten rät Weitz nach der ausgeführten Naht nur kurze Zeit zu warten, falls sich doch eine Fistel bildet, ob diese spontan einschrumpft. Andernfalls ist der Fistelverschluß vorzunehmen. Ein Ablösen der dünnen Serosa von der Appendix genügt, um diese zur Einheilung zu bringen.

Max Joseph (Berlin).

Halberstaedter, L. Ein Fall von Pseudopermaphroditismus externus. Dtsch. med. Woch. Nr. 44. 1915.

Der 17jährige Jüngling, welchen Halberstaedter in einem belgischen Lazarett beobachtete, war französischer Nationalität, grazil gebaut, hatte eine tiefe Stimme, wenig Bartwuchs und einen 4 *cm* langen Penis mit grübchenähnlicher Markierung der Harnröhrenmündung. Von der ventralen Seite führte ein fester Strang zum Sulcus coronarius. Die Trennung der Skrotalhälften macht den Eindruck ausgebildeter Labia majora. Ein verkümmerter Testikel war auf der rechten stärker ent-



wickelten Skrotalseite fühlbar. Die richtige Harnröhrenmündung saß unterhalb der Peniswurzel und unter dieser zeigte sich bei genauerem Nachforschen eine zweite, vagina-ähnliche Öffnung mit einem 3 *cm* langen, blind endenden Kanal und zarten, rosa Hautläppchen, welche den Labia minora glichen. Menses bestanden nicht; das Empfinden des Patienten, der bis zu seinem 14. Lebensjahre für ein Mädchen gegolten hatte, ist durchaus männlich. Da in Deutschland Zwitterbildung vom Heeresdienst ausschließt, in diesem Falle zudem Nachtblindheit als weiteres Hindernis hinzukam, so wurde die Frage aufgeworfen, ob Pat. die Rückkehr in sein Vaterland gestattet sei, von welcher nur „Männer" zwischen 17 und 50 Jahren ausgeschlossen wurden.

Max Joseph (Berlin).

Stiefler, G. und *Volk,* R. Über Störung der Harnentleerung infolge Erkältung. Wiener kl. Wochenschr. 1915. Nr. 34.

Die Autoren beobachteten Störungen in der Blasenfunktion, die sie unter die nervösen Erkrankungen der Blase einreihen, wobei eine erlittene Erkältung als ursächliches Moment im engeren und weiteren Sinne in Frage kommt. Unter diesen 49 Fällen waren 26 Fälle von Pollakiurie, 16 Fälle von Enuresis und 7 Fälle von Dysurie. Die beigegebenen Krankengeschichten erläutern die Ausführungen der Autoren.

Viktor Bandler (Prag).

Kretschmer, H. L. Die Fulgurationsbehandlung bei Blasentumoren. The Journal of the American Medical Association. 1915. 27. März. pag. 1050.

Nicht zum kurzen Referat geeignet.

Fritz Juliusberg (Posen).

Powell, Guthbert. Ausgedehnte Zerstörung der Vulva und der Nachbargewebe, verursacht wahrscheinlich durch Pneumokokkeninfektion. The Journal of the American Medical Association. 1915. 10. April. pag. 1239.

Powell berichtet über ausgedehnte ulzeröse Zerstörungen an der Vulva einer 48jährigen Frau. Die Geschwürsbildungen waren von schwarzen nekrotischen Massen bedeckt. Kulturen aus den nekrotischen Massen und Abstreichen der Oberfläche ergaben zahlreiche Pneumokokken und wenig Streptokokken.

Fritz Juliusberg (Posen).

Rosenbloom, Jakob. Eine weitere Studie über die chemische Zusammensetzung der Nierensteine. The Journal of the American Medical Association. 10. Juli. 1915. pag. 161.

Rosenbloom hat zusammen mit Kahn 25 Nierensteine chemisch analysiert. Die Untersuchung ergab, daß die Majorität

der Steine entgegen der üblichen Annahme aus Kalziumoxalat, und nicht aus Harnsäure oder Uraten bestand. In der vorliegenden Arbeit berichtet R. über weitere Untersuchungen an 26 Nierensteinen, von denen 24 hauptsächlich aus Kalksalzen bestanden. Da die chemische Beschaffenheit der Nierensteine uns allein den Weg für eine wirksame Therapie zeigt, sollten alle erhältlichen Nierensteine erst chemisch untersucht werden, um aus dem Befunde eine rationelle Therapie für den betreffenden Fall abzuleiten. Fritz Juliusberg (Posen).

Loewe, G. M. Ein Fall von kongenitalem perinealem Testikel. The Journal of the American Medical Association. 1915. 2. Oktober. pag. 1176.

Kasuistische Mitteilung eines Falles dieser seltenen Affektion. Fritz Juliusberg (Posen).

Spitzer, Williams. Kontinuierliche schmerzlose renale Hämorrhagie und ihre Behandlung. The Journal of the American Medical Association. 1914. 12. Dez. pag. 2110.

Die Ergebnisse der Arbeit Spitzers sind folgende: 1. Die in den Nieren bei essentieller Hämaturie gefundenen Veränderungen sind identisch mit denen bei passiver Kongestion und daher verursacht durch passive Kongestion. 2. Die Blutung ist verursacht durch passive Kongestion und die Niere ein so gebautes Organ, daß sie bei Vorhandensein von passiver Kongestion notwendigerweise blutet. 3. Es ist irrtümlich, die Blutungen einer Nephritis zuzuschreiben, da weder klinische Symptome noch der Urinbefund auf eine Nephritis hindeuten und auch die letztere nicht einseitig sein kann. Wenn die Blutung fortdauert, können allerdings dieselben pathologischen Veränderungen an der Niere entstehen, wie bei chronischer interstitieller Nephritis. Fritz Juliusberg (Posen).

Dellinger, J. Die Endresultate der Genitaltuberkulose beim Manne. The Journal of the American Medical Association. 1914. 26. Dez. pag. 2274.

Aus Dellingers Hauptergebnissen sei folgendes hervorgehoben: Die Tuberkulose des Genitaltraktus ist in mehr als 55% der Fälle von einer Tuberkulose anderer Organe begleitet. Von 113 Patienten starben über 27% an irgend einer anderen Tuberkulose. Dellingers Erfahrungen ergaben, daß, obwohl die Prostata und die Samenblasen bei den meisten Fällen von Tuberkulose der Epididymis mitbefallen waren, sich dieser Zustand doch nach der Entfernung der Epididymis besserte. Die radikale chirurgische Behandlung dieser Organe ist nicht notwendig. Fritz Juliusberg (Posen).



Martin, W. F. Der Wert der Hydrotherapie in der Urologie. The Journal of the American Medical Association. 1915. 9. Januar. pag. 101.

Die Arbeit, nicht zum kurzen Referat geeignet, beleuchtet die physiologische Wirkung hydrotherapeutischer Verfahren in der Urologie. Fritz Juliusberg (Posen).

Ballenger, E. G. Weicher Tumor der Harnblase. The Journal of the American Medical Association. 13. Februar. 1915. pag. 580.

Ballenger teilt kurz einen Fall von benignem Papillom der Harnblase mit, der operativ geheilt wurde.

Fritz Juliusberg (Posen).

Whiteside, G. S. Prostatektomie. Fehler und Fehlschläge. The Journal of the American Medical Association. 1915. 2. Oktober. pag. 1163.

Nicht zum kurzen Referat geeignet.

Fritz Juliusberg (Posen).

Randall, Alexander. Die endoskopische Behandlung nächtlicher Pollutionen. The Journal of the American Medical Association. 1915. 2. Januar. p. 48.

Randall hält nächtliche Pollutionen für pathologisch, wenn sie über zwei Monate oder länger mehr als zweimal die Woche auftreten oder wenn sie eine geistige Depression oder Ermüdung hinterlassen. In solchen Fällen findet man endoskopisch häufiger, als man annimmt, Veränderungen in der hinteren Harnröhre, besonders oft am Kollikulus, und das sind die Fälle, bei denen eine Behandlung mit Hilfe des Endoskops von Wert ist. Fritz Juliusberg (Posen).

Rytina, A. G. Die radikale Entfernung des Verumontanum. The Journal of the American Medical Association. 1915. 2. Januar. pag. 45.

Rytina schließt seine Arbeit mit folgenden Sätzen: Kollikulektomie ist eine einfache Operation zur Entfernung des Verumontanums. Sie gibt weniger zu Komplikationen und Folgen Anlaß, als starke Applikation von Silbernitrat oder der Thermokauter. 2. Das Studium der Pathologie des Verumontanums ist leicht, so daß eine Therapie auf wissenschaftlicher Grundlage eher als auf Empirie beruht. 3. Oberflächliche Applikationen milder antiseptischer Lösungen scheinen irrationell zu sein. Starke eindringende, kaustisch wirkende Substanzen können großen therapeutischen Heilwert haben, aber sie können dadurch mehr schaden als nützen, daß sie zu Komplikationen und Folgen Anlaß geben können. 4. Ein gradschnäbliges Kollikulektom ist geeignet zur Entfernung von Wucherungen und Polypen jeder Art aus jedem Teil der Urethra anterior.

Fritz Juliusberg (Posen).



Pennock, W. J. Verumontanitis. The Journal of the American Medical Association. 1915. 2. Okt. p. 1167.

In der vorliegenden Arbeit, die auch einige kasuistische Beiträge enthält, erläutert Pennock die Anatomie und die Pathologie des Verumontanums, die Ätiologie der dort vorkommenden Affektionen, die Symptome, welche die Erkrankungen machen, die Diagnose und Behandlung.

Fritz Juliusberg (Posen).

Lifschitz, L. Die Nierenblutung durch Überanstrengung. Korrespondenzblatt f. Schweizer Ärzte. 1915. Nr. 47. pag. 1473.

Über drei Fälle von renaler Hämaturie, die nach Überanstrengungen aufgetreten waren, berichtet Lifschitz, der eine Fall betrifft den Verf. selbst. Es werden dann noch 11 analoge Fälle aus der Literatur zitiert. Es handelt sich um Blutungen, die im Anschluß an körperliche Überanstrengungen auftraten, ohne daß an der Niere krankhafte Erscheinungen nachweisbar waren. Die Affektion betraf stets gesunde Leute, am meisten Militärs. Die Blutungen stellten sich ohne Vorboten ein, zeigten sich meistens nur einmal und waren nicht sehr hochgradig. Sie gingen ohne Therapie in kurzer Zeit vorüber, waren mit ziehenden Schmerzen im Penis verbunden oder verliefen ganz schmerzlos. Temperatursteigerungen waren nicht oder nur unbedeutend vorhanden. Im Urin zeigten sich außer Blutbestandteilen, Blutzylindern und etwas Eiweiß keine pathologischen Produkte.

Per exclusionem schließt Verf. auf die Diagnose: „Blutung aus gesunden Nieren“ und ist am ehesten geneigt, die in den Nieren übermäßig angesammelten Stoffwechselprodukte als Ursache derselben anzunehmen. Max Winkler (Luzern).

Wildbolz. Über Nierenblutungen nach Überanstrengung. Korrespondenzblatt f. Schweizer Ärzte. 1915. Nr. 50. pag. 1586.

An zwei Beispielen aus seiner Praxis will Wildbolz zeigen, wie sehr man sich hüten muß, ohne Erschöpfung aller diagnostischer Hilfsmittel die Diagnose Blutung aus gesunden Nieren zu stellen. Bei dem einen Fall handelt es sich um einen 28jährigen Militär, bei dem sich nach der Entlassung aus dem Militärdienst dumpfe Schmerzen in der rechten Niere einstellten, als deren Ursache ein großer Stein im rechten Nierenbecken erkannt wurde. Dieser Mann hatte 11 Jahre zuvor Blutungen aus der betreffenden Niere gehabt, die damals als „essentielle“ aufgefaßt wurden und fühlte sich 11 Jahre lang vollständig gesund. Bei einem zweiten Fall von Blutungen zeigte erst die anatomische Untersuchung die Niere in Blockschnitten von Pol



zu Pol die Ursache der Hämaturie in Form eines kleinen Tuberkuloseherdes in einer Papille.

Die Fälle von Lifschitz scheinen Verf. nicht eingehend genug untersucht zu sein, um einer eingehenden Kritik standzuhalten und er warnt davor, vor Erschöfung aller diagnostischer Hilfsmittel die „Verlegenheitsdiagnose" Blutung aus gesunder Niere zu stellen, da die Patienten sonst leicht geschädigt werden können. Max Winkler (Luzern).

Groß, Louis. Fremdkörper in der Blase. The Journal of the American Medical Association. 1914. August 22. pag. 656.

Groß berichtet über zwei Fälle; der eine Fall betrifft die Entfernung eines Katheterstückes, der andere die eines filiformen Bougies aus der Harnblase.

Fritz Juliusberg (Posen).

Burns, J. E. Thorium — ein neues Agens für die Pyelographie. The Journal of the American Medical Association. 1915. Juni 26. p. 2126.

Burns empfiehlt für die Pyelographie eine Lösung von Thoriumnitrat, die folgendermaßen hergestellt wird: 10 *g* Thoriumnitrat werden in einer möglichst kleinen Menge destilliertem Wasser gelöst. Zu dieser Lösung, die auf dem Wasserbade heiß gehalten wird, fügt man 30 *ccm* einer 50%igen Lösung von zitronsaurem Natron. Neutralisieren durch Normalnatronlauge, Auffüllen auf 100 *ccm*, filtrieren. Fritz Juliusberg (Posen).

Crowell, Andrew. Kollargol bei der Pyelographie. The Journal of the American Medical Assoc. 1914. Oktober 17. p. 1387.

An der Hand eines unglücklich verlaufenden Falles und zweier Versuche an Hunden weist Crowell darauf hin, daß die Anwendung des Kollargol zum Zwecke der Pyelographie gefährlich ist. Fritz Juliusberg (Posen).

Keene, Floyd und *Pancoast,* Henry. Der gegenwärtige Stand der Pyelographie. The Journal of the American Medical Association. 1914. Aug. 15. p. 523.

Sorgfältige ausführliche Darstellung der Technik der Pyelographie, ihrer Indikationen und ihrer Gefahren, nicht zum kurzen Referat geeignet. Zahlreiche, sehr instruktive Bilder.

Fritz Juliusberg (Posen).

Dick, G. F, und *Dick,* G. R. Der bakteriologische Befund des Urins bei zwei Fällen von parenchymatöser Nephritis. The Journal of the American Medical Association. 1914. November 7. p. 1661.

Es handelt sich um zwei Fälle von typischer nichtsuppurativer Nephritis. Beim ersten Fall, einer akuten Nephritis, war die Eintrittspforte der Mikroorganismen offenbar eine Pyorrhoe.



Die bakteriologische Flora des Harns entsprach der des Eiters vom Zahnfleisch. Beim zweiten mehr chronischen Falle war die Eingangspforte der Infektion nicht so klar, wenn auch die im Urin gefundenen Organismen im allgemeinen denen der erkrankten Tonsillen entsprachen. Fritz Juliusberg (Posen).

Potter, Caryl. Eine neue perineale Schiene zur Verwendung bei perinealen Prostatektomien und in der Chirurgie der Harnwege und des Rektums. The Journal of the American Medical Assoc. 1914. Okt. 24. p. 1476.

Detaillierte technische Mitteilung mit guten Abbildungen, nicht zum kurzen Referat geeignet.

Fritz Juliusberg (Posen).

Nekrologe.

Edvard Welander †.

Edvard Welander wurde am 4. März 1846 in Växsjö, einer kleinen Stadt im südlichen Schweden, geboren. Nach der Bestimmung des Vaters, der ein Geistlicher war, sollte der Sohn, nachdem er in Uppsala 1863 die Abiturientenprüfung abgelegt hatte, sich dem Lehrerberuf widmen und während eines Semesters nach dem Abiturientenexamen sehen wir ihn auch als Hilfslehrer am Gymnasium in Växsjö wirken. Aber seine während der letzten Schuljahre stärker und stärker gewordene Neigung für den ärztlichen Beruf ließ sich nicht zurückdrängen, nach Beendigung des einen Semesters an der Schule begibt er sich wieder nach Uppsala, um dort bald das medizinische Kandidatenexamen abzulegen und sich dann nach Stockholm zu wenden; seine Studien betrieb er so rasch, daß er bereits im Alter von 25 Jahren das Lizentiatenexamen am Karolinischen Institut bestand. Danach war er während der Jahre 1871–1872 stellvertretender Lazarettarzt und Stadthpysikus in Umeå, kehrte aber in demselben Jahre nach Stockholm zurück, um dort die Assistenzarztstelle am Städtischen und Provinzialkurhaus unter Ödmansson zu übernehmen, welchen Dienst er bis zum Jahre 1874 versah; zugleich war er zeitweise Krankenhausarzt am Allgemeinen Garnisonkrankenhaus und war als solcher, nachdem er die obenerwähnte Assistenzarztstelle aufgegeben hatte, bis 1877 tätig. Außerdem fungierte er als zweiter Bataillonsarzt im damaligen Zweiten Leibgarde-Regiment, legte dieses Amt aber 1882 nieder. Während 1878—1888 war er Arzt am



Stockholmer Besichtigungsbureau für prostituierte Frauen und wurde im letztgenannten Jahre zum Abteilungsvorstand an dem damals neueröffneten Krankenhause St. Göran ernannt. 1880 zum Dr. med. promoviert, erhielt er 1884 die Venia legendi für Syphilidologie am Karolinischen Institut und als Ödmansson 1896 in den Ruhestand trat, wurde er zum a.-o. Professor derselben Disziplin ernannt. Nachdem er mit 65 Jahren das pensionmäßige Alter erreicht hatte, legte er 1911 seine Ämter nieder.

Dieser Rahmen trockener Daten und Tatsachen birgt ein Leben voller Kraft und Tätigkeit, eine bedeutende und umfangreiche wissenschaftliche Produktivität, eine langdauernde und erfolgreiche Lehrtätigkeit, wie dies, wenn auch nicht einzig dastehend, so doch äußerst selten in einem Menschen vereint gefunden wird. Welander war unerhört fleißig und energisch, und man kann es kaum verstehen, wie er die Zeit zu all den Arbeiten auf den verschiedenen Gebieten hat finden können, auf denen er tätig gewesen ist und auf denen er überall Resultate von dauerndem Werte zustande gebracht hat. Die Erklärung muß darin liegen, daß er in seiner Arbeit von einer glänzenden Begabung unterstützt wurde, beseelt von einem brennenden Interesse, einem Verantwortlichkeitsgefühl und einer Pflichttreue, die ihm zusammen den Weg über die größten Hindernisse bahnten.

Welanders Neigung und Begabung für wissenschaftliche Forschung trat sehr früh zutage. Bei seiner Tätigkeit als Assistenzarzt am Kurhause und als Krankenhausarzt am Garnisonkrankenhaus begegneten ihm natürlich Fälle, die ihm ein mehr als gewöhnliches Interesse darzubieten schienen. Einige von ihnen bearbeitete er wissenschaftlich und veröffentlichte sie in der schwedischen Zeitschrift Hygiea. Auch später noch publizierte er verschiedene Arbeiten aus Gebieten der Medizin, die außerhalb seines eigentlichen Wissenschaftsgebietes, der Syphilidologie, liegen, vor allem die Gradualabhandlung (1880), betitelt: „Über die Morbidität und Mortalität im Kgl. 2. Leibgarderegiment während der Jahre 1866—1877 sowie Luftuntersuchungen innerhalb der Kaserne des Regiments." Die eingehenden und detailreichen sowie, besonders was den zweiten Teil der Arbeit betrifft, äußerst beschwerlichen Untersuchungen, die sich in dieser gediegenen Arbeit finden, klangen in eine offenbar recht notwendige Kritik der elenden Kasernenverhältnisse jener Zeit aus, eine Kritik, die, wie mir gesagt worden ist, kräftig zu Verbesserungen bei den Kasernenbauten Schwedens beigetragen hat.

Abgesehen von dieser großen Arbeit, geschah es jedoch, wenn ich mich so ausdrücken darf, nur im Vorbeigehen, daß Welander sich mit solchen mehr allgemein-medizinischen Fragen beschäftigte. Gleichzeitig hiermit wandte sich nämlich sein wissenschaftliches Interesse ganz besonders der Disziplin zu, die sein hauptsächliches Arbeitsfeld werden sollte, der Syphilidologie. Wie er dazu kam, sich besonders dieser zu widmen, ist leicht verständlich; teils wurde sicherlich sein Interesse für dieselbe bereits erweckt als er als Assistenzarzt am Kur-

hause unter des besonders wissenschaftlich, sehr hervorragenden Syphilidologen Ödmansson Leitung tätig war, teils erhielt er ja während seiner Militärarztzeit einen Einblick in die kolossale Verbreitung und soziale Bedeutung der venerischen Krankheiten. Berücksichtigt man ferner, daß die Syphilidologie zu der Zeit, da Welander sich mit ihr zu beschäftigen begann, im Begriffe stand, sich aus dem chaosähnlichen Zustande, in dem sie sich bekanntlich um die Mitte des vorigen Jahrhunderts befand, sozusagen herauszukristallisieren, daß ihre Methoden von denen der reinen Empirie zu denen der wirklichen Wissenschaft überzugehen begannen, so kann man verstehen, daß dieser Wissenschaftszweig eine besondere Anziehungskraft für einen Mann von Welanders humanitärem Wesen und brennendem Forschertrieb besitzen mußte. Eine Reihe hervorragender ausländischer Forscher, von denen ich nur Hutchinson, Fournier, Neisser zu nennen brauche, hatten soeben als leuchtende Sterne begonnen Licht in dem Dunkel zu verbreiten und die junge Bakteriologie schien ungeahnte Fortschritte auch auf diesem Gebiete zu versprechen, gleichwie sie solche auf so vielen anderen mit sich gebracht hatte. Große und wichtige Fragen verlangten nach ihrer Lösung und erhielten sie auch und zu diesem Resultate trug nicht zum wenigsten Welanders Arbeit bei. Der Löwenanteil seiner wissenschaftlichen Produktion kommt auch auf die reine Syphilidologie. Die Zahl der diesbezüglichen Arbeiten von seiner Hand übersteigt das Hundert.

Es war, wie gesagt, eine stürmische Entwicklungsperiode der syphilidologischen Wissenschaft, während welcher Welanders Tätigkeit begann. Alte Anschauungen begannen kritisiert zu werden und ein Dogma fiel nach dem anderen. Schon in Welanders erster hierhergehöriger wissenschaftlicher Arbeit, einem kleinen „Reisebrief aus Aachen" (1876), kann man dies verspüren. Er weist hierin nach, daß der Glaube, das schwefelhaltige Wasser sei die Ursache des ausgezeichneten Resultats der Syphilisbehandlung daselbst, offenbar unrichtig sein müsse, und daß dasselbe vielmehr der vortrefflichen Weise zuzuschreiben sei, in welcher die Quecksilberbehandlung dort administriert werde. Er sagt: „Ist es nun die Methode, die den Anlaß von Aachens Ruf bildet, so ist es natürlich, daß diese nicht an den Ort gebunden ist, sondern auf jedes beliebige andere Warmbad übertragen werden kann und weshalb nicht auf unsere eigenen Badeorte?" Seine gesunde wissenschaftliche Skepsis, ein durchgehender und stark hervortretender Zug seiner künftigen Forschung, gibt sich also bereits jetzt zu erkennen; bezeichnend ist auch, daß dieser sein erster kleiner wissenschaftlicher Versuch gerade die Quecksilbertherapie behandelte, um die er sich später so große Verdienste erwerben sollte. Während der nächsten Jahre nahmen indessen sein Interesse andere Themata gefangen, die ich noch unten näher berühren werde und erst zehn Jahre später (1886) kehrt er wieder zu dem genannten Gegenstande zurück. Damals wurden gleichzeitig in Nordiskt Medicinskt Arkiv und in den Annales de dermatologie et de



syphiligraphie seine „Untersuchungen über die Aufnahme des Quecksilbers in den menschlichen Körper und seine Ausscheidung aus demselben" veröffentlicht und in den Jahren darauf erschienen in rascher Folge eine ganze Reihe Arbeiten über diese und damit zusammenhängende Fragen. Zum größten Teil wurden sie in den Zeitschriften Hygiea, Nordiskt Medicinskt Arkiv und Archiv für Dermatologie und Syphilis veröffentlicht.

Seine Auffassung von der Bedeutung des Quecksilbers als Heilmittel bei der Syphilis und der Art und Weise seiner Anwendung gründete sich vor allem auf umfassende und sorgfältige Studien über die Pharmakodynamik dieses Heilmittels sowie ferner auf ein ungeheures Material von klinischen Beobachtungen und Erfahrungen. Es würde zu weit führen, in dieser Beziehung im einzelnen über seine Entwicklung zu berichten, nur an die Hauptzüge derselben will ich erinnern. Die in den 1880er Jahren angewandten Quecksilberinjektionspräparate brachten beträchtliche örtliche Beschwerden mit sich, die in hohem Grade ihre praktische Anwendbarkeit einschränkten. Die Schmierkur hatte auch ihre großen Übelstände. Seitdem Welander indessen durch wissenschaftliche Untersuchungen nachgewiesen hatte, daß es hauptsächlich das verdunstete und eingeatmete und nur in minimalem Grade das eingeriebene Quecksilber sei, durch das bei der Schmierkur die therapeutische Wirkung erzielt würde, entstand bei ihm ganz natürlich der Gedanke, durch die Respirationswege dem Organismus das Hg auf eine Weise zuzuführen, die sauberer sei als bei der Schmierkur und wenn möglich ebenso kräftig wirkte wie Einspritzungen. So entstand zuerst die sog. Aufstreichkur sowie, als eine Entwicklung dieser letzteren, die Säckchenbehandlung. In mehreren Aufsätzen wurden die Vorteile und die Nachteile der verschiedenen Methoden erörtert. Als indessen später neuere und bessere Präparate zu intramuskulären Einspritzungen — vor allem das von Möller und Blomquist empfohlene Merkuriol, sowie das salizylsaure Quecksilber — dargestellt wurden, unterzog Welander sie genauen pharmakologischen und klinischen Untersuchungen. Wie seine Ansichten hierbei von ausländischen Forschern, wie Bürgi, Ratner u. a., angegriffen wurden, ist ja wohl bekannt, gleichwie auch daß Welanders Resultate bis auf nur wenige Ausnahmen der objektiven wissenschaftlichen Kritik standhielten. Seine Auffassung von dem Wert der verschiedenen Mittel gründete sich außer auf die klinische Beobachtung, wie bereits erwähnt, auf Untersuchungen über ihre Resorption Elimination und Remanenz. Seitdem bewiesen worden war, daß das Merkuriol bemerkenswert lange remaniert und nachdem ein paar vereinzelte Vergiftungsfälle mit diesem Mittel bekannt geworden waren, begann Welander zur Vorsicht bei der Anwendung desselben zu mahnen, wodurch er, wie bekannt, in einen wissenschaftlichen Konflikt mit Möller geriet. Seine endgültige Auffassung von der besten denkbaren Quecksilberbehandlung präzisierte er dahin, daß man in solchen Fällen, wo eine schleunige Einwirkung erwünscht sei, ein rasch resor-



biertes Präparat, z. B. Salicylas hydrargyricus, in Verbindung mit einem langsameren, z. B. Merkuriolöl, anwenden sollte, um gleichzeitig eine langdauernde Remanenz zu bewirken. In anderen Fällen könnte man sich mit einem Präparat des letzteren Typus begnügen. Die Säckchenkur gab er selbst auf, außer bei der Behandlung von Säuglingen, nachdem er praktisch verwendbare Injektionspräparate kennen gelernt hatte Seine schwerwiegende Autorität in allen hierhergehörigen Fragen wurde unter anderem im Jahre 1900 von der von E. Lesser herausgegebenen „Enzyklopädie der Haut- und Geschlechtskrankheiten" in Anspruch genommen, wo er die Artikel über die Absorption, Elimination und Remanenz des Quecksilbers schrieb, 1909 von der Mediz. Klinik, wo wir ein Beiheft von seiner Hand: „Zur Frage der Behandlung der syphilitischen Krankheit" finden, sowie in einheimischen therapeutischen Handbüchern. Man kann mit vollem Fug sagen, daß unsere gegenwärtige Kenntnis von der Wirkungsweise des Quecksilbers in wesentlichem Grade eben auf Welanders gründlichen Studien über diesen Gegenstand fußt.

Über die Pharmakodynamik und den therapeutischen Wert des Jods, insbesondere des Jodkalis, sowie der neueren Ersatzpräparate hat er ferner eine Reihe wertvoller Beobachtungen veröffentlicht.

An der Forschung über die allerneuesten antisyphilitischen Mittel — vor allem das Salvarsan — konnte er nur wenig tätigen Anteil nehmen. Dieses Mittel wurde ja bekanntlich erst im Frühling 1910 veröffentlicht, wo nur noch drei Vierteljahre bis zu dem durch sein Lebensalter bedingten Amtsrücktritt übrig waren. Nichtsdestoweniger sind ein paar Äußerungen von ihm über dieses Mittel zu notieren, in der Mediz. Klinik sowie im Nordiskt medicinskt Arkiv 1911. Die Skepsis, mit der er sich ausspricht, hat bekanntlich später sich völlig berechtigt erwiesen und zeugt deutlich mehr von der gesunden und sicheren Kritik des vielerfahrenen und gereiften Forschers als von mangelndem Vermögen, der Entwicklung weiter folgen zu können.

Welander wurde ein eifriger Anhänger der präventiv-intermittenten Behandlung der Syphilis, wie sie von Fournier und Neisser vorgeschlagen und empfohlen worden war. In Schriften und in seinen Vorlesungen wirkte er energisch für die Ausbreitung der Kenntnis dieser Behandlung unter den Ärzten und sein großes Verdienst ist es, wenn diese vortreffliche Methode in Schweden zu allgemeiner Anwendung gekommen ist, allgemeiner vielleicht als in irgend einem anderen Kulturlande. Daß die Resultate derselben im großen und ganzen besser sind als bei den zuvor angewandten Methoden (man fühlt sich fast versucht zu sagen: Abwesenheit von Methoden), trat bald klar zutage und hat auch teilweise statistisch beleuchtet werden können; ich bin überzeugt, daß die künftige Lebensversicherungsstatistik dasselbe ausweisen wird.

Damit genug von seiner Bedeutung für die Behandlung der syphilitischen Krankheit, ein Kapitel, das vielleicht den Schwerpunkt seines wissenschaftlichen Wirkens bildet.



Aber auch auf dem Gebiete der Klinik der Syphilis ist er tätig gewesen. Außer zahlreichen kasuistischen Mitteilungen von diesem oder jenem besonderen Interesse sind einige umfangreichere Arbeiten zu nennen. „Über Albuminurie und Zylindrurie durch Syphilis und Quecksilber" (1891) und „Klinische Studien über Nierenaffektionen bei Syphilis" (1896), Arbeiten, in denen er die Frage der Albuminurie und Zylindrurie bei den verschiedenen Stadien der Syphilis sowie infolge von Quecksilberbehandlung erörtert. Von kleineren Mitteilungen mögen hier erwähnt werden „Några ord om leucoderma syfiliticum" (1894), worin er auf die große praktische Bedeutung dieses Symptoms für die Entscheidung in zweifelhaften Fällen nicht nur ob, sondern auch wann eine syphilitische Infektion eingetreten ist, hinweist, ferner „Fehlerhafte Zahnbildung bei erworbener Syphilis", worin er zeigt, daß sog. Hutchinsonsche Zähne nicht nur bei angeborener, sondern auch bei in den frühesten Kinderjahren erworbener Syphilis vorkommen können, sowie schließlich „Postkonzeptionelle syphilitische Infektion gegen das Ende der Schwangerschaft" (1895), worin er im Anschluß an einen Fall die Notwendigkeit, ja die Pflicht betont, bei rezenter Lues die antisyphilitische Behandlung zu beginnen, sobald die Diagnose gestellt worden ist, damit entschieden Abstand nehmend von dem bekannten, u. a. von der älteren Wiener Schule vertretenen Standpunkt, daß man mit der Behandlung bis zum Auftreten der sekundären Syphilis warten sollte, da man sonst, durch zu frühes Eingreifen, störend und schädlich auf den Verlauf der Krankheit einwirkte.

Für die Erforschung der Lehre von der Gonorrhöe hat Welander gleichfalls eine erfolgreiche Tätigkeit entfaltet. 1879 hatte Neisser seine Entdeckung des Gonokokkus veröffentlicht, eigentümlicherweise aber scheint die Bedeutung derselben, besonders in praktischer Hinsicht, während der nächsten Jahre nicht gebührend erkannt worden zu sein. In einer Reihe von Aufsätzen entwickelte indessen Welander die Kenntnis von diesem Mikroorganismus ja, man kann sagen, daß er den Schlußstein zu dem Gebäude von Tatsachen legte, auf das der wissenschaftliche Beweis seiner Pathognomonität gegründet werden konnte. Diese Untersuchungen wurden während der Jahre 1884—1886 veröffentlicht und ihnen folgte eine große Anzahl therapeutischer und klinischer Aufsätze über die Gonorrhöe. 1887 und 1892 schrieb er z. B. über Abortivbehandlung, 1898 über die Behandlung mit Protargol, 1896, 1899 und 1903 über die Behandlung der Augenblennorrhöe, 1889 und 1892 über die weibliche Gonorrhöe, wobei er die Unrichtigkeit der Behauptung, es gebe eine echte gonorrhoische Vaginitis bei erwachsenen Frauen, nachweist, 1892 über Periurethralabszesse, beruhend auf Gonorrhöe, 1894 über einen Fall von Gonorrhöe mit Endokarditis, 1896 über einige Fälle von Augenblennorrhöe bei erwachsenen Personen, sowie 1897 über einen Fall von gonorrhoischer Polyneuritis mit sehr genauen klinischen und pathologisch-anatomischen Untersuchungen.

Unsere Kenntnis des einfachen venerischen Geschwürs,



besonders der Behandlung desselben, hat ebenfalls von Welander Bereicherungen erfahren. Schon 1891 veröffentlichte er ein paar Aufsätze über Abortivbehandlung von Bubonen; durch Einspritzen von benzoesaurem Quecksilber konnte er unter gewissen Verhältnissen den Verlauf beträchtlich beschleunigen, ja, in gewissen Fällen geradezu den Prozeß kupieren. Größere Bedeutung sollte jedoch seine Methode, das einfache Schankergeschwür mit Wärme zu behandeln, erhalten. Auf die Beobachtung gestützt, daß der Mikroorganismus seine Virulenz bei einer Temperatur von über 40 Grad verlor, arbeitete er praktische Behandlungsweisen aus, um die Geschwüre kontinuierlich mit Wärme von diesem Grade zu behandeln. Keine andere Methode liefert bessere Resultate als diese, noch heutzutage ist sie unübertroffen. Die ersten Mitteilungen hierüber wurden 1892 und 1893 veröffentlicht.

Auf den meisten Gebieten der Wissenschaft von den ansteckenden Geschlechtskrankheiten ist, wie man sieht, Welander tätig gewesen; an vielen Punkten hat er Werke von Dauer und Wert hinterlassen, auf einigen Gebieten ist er bahnbrechend gewesen. Für ihn war aber die wissenschaftliche Forschung nicht nur ein Ziel, sondern vielleicht mehr noch ein Mittel, das neue und bessere Waffen im Kampfe gegen die Geschlechtskrankheiten, im Kampf gegen Leiden und Unglück schaffen, sollte. Denn Welander war am wenigsten von allem Theoretiker; seine wissenschaftlichen Arbeiten berühren ja fast sämtlich praktische Fragen. Während seiner langdauernden und sehr umfangreichen Tätigkeit als Ausüber der praktischen Heilkunde, als Krankenhausarzt und als Privatpraktiker, kam er in allzu intime Berührung mit dem menschlichen Elend, als daß es nicht einen tiefen Eindruck in ihm hinterlassen sollte. Da hierzu kommt, daß sein Charakter sehr stark entwickelte humanitäre und philanthropische Züge aufwies, so war es klar, daß er stark von den Problemen angezogen werden mußte, die die Bekämpfung der sozialen Gefahren bezweckten, welche diese Krankheiten mit sich bringen. Zu allerschönstem Ausdruck kam dies vielleicht in seiner Sorge für die Säuglinge mit angeborener Syphilis. Um sie zu behandeln und zu heilen und um ihre Umgebung gegen Ansteckungsgefahr zu sichern, war es nach ihm notwendig, sie auf eine längere Zeit hin in besondere Anstalten aufzunehmen. So gründete er 1900 das erste Asyl für hereditärsyphilitische Kinder in der Welt und machte während der folgenden Jahre in in- und ausländischen Zeitungen für dieses eifrig Propaganda, indem er über seine allmählich gesammelten günstigen Erfahrungen berichtete. Die erste Veröffentlichung hierüber: „Wie kann man die durch eine syphilitische Schwangerschaft verursachte soziale Gefahr bekämpfen?“ erschien 1902 und auch noch später, zuletzt 1909 sprach er sich über eben diesen Gegenstand aus. Es bedarf hier keiner weiteren Worte über das glänzende Resultat seines edlen Unternehmens oder über die erfreuliche und erhebende Nachfolge, die seine Initiative vielerorts im Aulsande gefunden hat, es möge genügen, zu sagen, daß Welander in diesem Werk seine größte Befriedigung und sein



Glück fand, und noch bis in seine letzten Stunden hinein der Stiftung „Lilla hemmet" und seinen kleinen Schützlingen seine ganze Liebe zuwandte.

So war er denn auch Gegenstand großer und berechtigter Huldigung bei der im August 1916 in Kopenhagen erfolgten Einweihung des nach ihm genannten stattlichen „Welander-hjemmet," gleich dem „Lilla hemmet" in Stockholm, aus freiwilligen Beiträgen interessierter Menschen errichtet, an deren Spitze wirksam die Königin-Witwe Dänemarks Louise gestanden hatte.

Weniger harmonisch, aber vielleicht nicht weniger beachtet, war sein Anteil an dem Kampfe gegen die ansteckenden Geschlechtskrank, heiten im allgemeinen. Seine feste Überzeugung von der Möglichkeit und Notwendigkeit, durch sanitäre Maßnahmen der Ausbreitung dieser Krankheiten wirksam entgegen zu arbeiten, brachte ihn in einen langwierigen Streit mit Vertretern anderer Anschauungen. Schon 1881 finden wir ihn als Mitglied in dem Ausschuß, den die Schwedische Ärztegesellschaft einsetzte, um Vorschläge zu einem Gutachten über den von der „Schwedischen Föderation" gestellten und an die Gesellschaft verwiesenen Antrag auf Aufhebung der sog. Reglementierung abzugeben, und später hat er in einer Anzahl Aufsätze eingehend die Prostitution in Stockholm, die Geschichte der Prostitutionsfrage in Schweden sowie eine ganze Reihe damit in Verbindung stehender Fragen studiert und — unter anderem als Vorsitzender — an der bekannten Brüsseler Konferenz 1899 teilgenommen, wo er zwei vielbeachtete Vorträge hielt; endlich hat er bei zwei Gelegenheiten — 1902 und 1912 — bei den in diesen Jahren stattgehabten Diskussionen in der Schwedischen Ärztegesellschaft über die sog. Reglementierungsfrage sich in gewichtiger Weise geäußert. Die verschiedenen Aufsätze über diese und verwandte Fragen hat er in zwei größeren Arbeiten gesammelt: „Blad ur prostitutionsfrågans historiai Sverige" (1904) sowie „Bidrag till de veneriska ka sjukdomarnas historia i Sverige" (1905). Seine entschiedene Stellung in dieser Frage hatte für ihn mancherlei persönliche Unannehmlichkeiten zur Folge und brachte ihn in schlimme Konflikte, nichts aber konnte ihn dahin bringen, auch nur einen Augenblick ein Kompromiß mit seiner ehrlichen Überzeugung zu schließen, die, außer auf eine unerreicht große persönliche Erfahrung, auf tiefe Kenntnisse, unbestechlichen Gerechtigkeitssinn und vor allem Verantwortlichkeitsgefühl gegründet war.

Auf welcher Seite Wahrheit und Recht in dieser, man möchte fast sagen, unlösbaren Frage sich befinden mögen, darüber ist es vielleicht der Zukunft beschieden, eine endgültige Antwort zu erteilen. Über Welanders Beteiligung am Kampfe müssen auch seine Gegner das Urteil fällen, daß er einen ehrlichen Streit stritt; sein Wappenschild war fleckenlos.

Aufklärung über die Natur und Gefahren der venerischen Krankheiten betrachtete er wie die meisten als äußerst wichtig zur



Bekämpfung derselben. Selbst trug er hierzu durch mehrere populäre Schriften, durch Vorträge und durch Zeitungsartikel bei.

Schließlich darf nicht vergessen werden, wenn es gilt, die wissenschaftliche Tätigkeit Welanders zu würdigen, daß er auch auf dem Gebiet der Dermatologie gearbeitet hat. Mehr als zehn Arbeiten innerhalb dieses Wissenschaftszweiges, die meisten kasuistische Mitteilungen, liegen vor, unter ihnen finden sich jedoch auch einige größere, 1900 „Einige Versuche, Herpes tonsurans capilitii (Trichophytie) mit Wärme zu behandeln" und im selben Jahre, zusammen mit J. Almqvist, „Über die Behandlung der Psoriasis mit intravenösen Arsenikinjektionen", letztere eine sehr große und detailreiche Arbeit, die zwar ein negatives Resultat lieferte, aber vielerlei von großem Interesse bietet. Des weiteren seien erwähnt zwei im Jahre 1910 erschienene Mitteilungen geschichtlicher Natur, „Om undervisningen i syfilidologi vid Karolinska Institutet" „(Über den Unterricht in der Syphilidologie am Karolinischen Institut") und „Några ord om den medicinska undervisningen vid universiteten i Uppsala och Lund under 16- och 1700-talet" („Einige Worte über den medizinischen Unterricht an den Universitäten in Uppsala und Lund während des 17. und 18. Jahrhunderts") und schließlich sei daran erinnert, daß Welander sich an den Veranstaltungen der Schwedischen Ärztegesellschaft, der Dermatologischen Gesellschaft in Stockholm sowie ausländischer Fachvereine und an Kongressen mit kürzeren Vorträgen, Demonstrationen und Diskussionsbeiträgen beteiligt hat.

Als Wissenschafter war Welander durch die hervorragendsten Eigenschaften gekennzeichnet. Tiefgehende Kenntnisse, logisches Denken frappierende Voraussicht, strenge Kritik, klare, wenn auch etwas wortreiche Darstellungskunst sowie absolute Ehrlichkeit, alles dies findet sich in reichstem Maße in allen seinen Arbeiten wieder. Auch wurde er in Fachkreisen, sowohl in Schweden als vielleicht mehr noch im Auslande, als eine wissenschaftliche Autorität höchsten Ranges betrachtet, deren Worte und Urteil schwer in die Wagschale fielen.[1]) Wir jungen Ärzte, die wir mit seinem Empfehlungsbrief in der Tasche unsere Ausbildung an ausländischen Kliniken zu vervollkommnen suchten, erfuhren

[1]) Am Tage, nachdem diese Worte niedergeschrieben waren, erhielt ich von Herrn Geheimrat Professor E. Lesser in Berlin einen Beileidsbrief, aus dem ich mir folgendes wiederzugeben erlaube:" . . . . . Die Nachricht von dem Tode meines lieben Freundes Welander hat mich aufs schmerzlichste berührt. Das ist ein außerordentlich großer Verlust für die Dermatologie, für die Medizin im allgemeinen und für die Menschheit. Welander war ein wirklich guter Mensch, er hatte ein Herz für alle Leidenden, am meisten für die, denen am schwersten zu helfen war. Und er hat geholfen, wo er nur konnte. Alle seine Arbeiten sind von einer so absoluten Zuverlässigkeit, daß man sie ohne Kritik und ohne jede weitere Untersuchung einfach hinnehmen kann. Sein Name wird in alle Zeiten hoch gehalten werden! . . . . ."

auch reichlich, wie sein Name ein „Sesam, öffne dich!“ war, auf das ein Willkommen unbedingt folgte.

War Welander erfolgreich als Wissenschafter, so war er nicht weniger hervorragend als Praktiker. Sein Verhältnis zu den Patienten war das denkbar beste. Die Kranken fühlten, daß sie nicht nur mit einem berühmten Spezialisten, sondern auch mit einem guten Menschen in Berührung gekommen waren, der mit Verständnis und Nachsicht ihnen ihre oft schwere Bürde erleichterte.

Dieselben gediegenen Eigenschaften zeigte er in der Ausübung seiner Tätigkeit als Krankenhausarzt, Abteilungsvorstand und Direktor am Krankenhaus St. Göran. Im Einverständnis mit den übrigen Ärzten des Krankenhauses führte er daselbst eine Menge Erweiterungen und Verbesserungen durch; es sei nur erinnert an die erweiterte Poliklinik, das Finseninstitut[1]), das wissenschaftliche Laboratorium, die Bibliothek usw. Er verlangte viel von seinen Untergebenen, ging aber selbst mit dem Beispiel unermüdlicher Arbeitskraft, Arbeitsfreude und Pflichterfüllung voran.

Die Generationen von Studierenden der Medizin, die von ihm in der Syphilidologie Unterricht erhalten haben, erinnern sich gleichfalls seiner mit Dankbarkeit und Ehrerbietung. Er war ein äußerst gewissenhafter Lehrer. Es gab keine Vorlesung, auf die er sich nicht aufs sorgfältigste vorbereitete, um das zugängliche Material so fruchtbar wie möglich zu machen. Und es gelang ihm wie wenigen. Klare Darstellungskunst und das Vermögen, auf eine glückliche Weise die demonstrierten Fälle begreiflich zu machen, besaß er in hohem Grade. In seinem Unterricht unterließ er nie, stark das rein Menschliche in der Tätigkeit des Arztes zu betonen, hierdurch den künftigen Ärzten ein Beispiel gebend, das besonders in dieser Zeit des zunehmenden Materialismus der Erinnerung wert ist.

Es ist klar, daß einem Manne wie Welander, der eine so hervorragende und vielseitige Tätigkeit ausübte, äußere Auszeichnungen in reichem Maße zuteil werden würden. So wurde er 1899 zum korrespondierenden Mitglied der Société Francaise de Dermatologie et Syphiligraphie, zum Mitglied der Kgl. Schwed. Akademie der Wissenschaften (1902), zum Ehrenmitglied der Finnländischen Ärztegesellschaft 1898, der Wiener Dermatologischen Gesellschaft 1898, der Société de Thérapeutique 1899, des Medizinischen Vereins in Stockholm 1909, der Berliner Dermatologischen Gesellschaft 1903, der Smaländischen Nation in Uppsala 1906 und der Schwedischen Ärztegesellschaft 1911 ernannt. Die Auszeichnung aber, die ihn sicherlich am meisten erfreute, war die, welche er erfuhr, als er am 1. März 1911 die Professur niederlegte, indem ihm damals eine wissenschaftliche Festschrift, eine Sondernummer dieser Zeitschrift, überreicht wurde, zu welcher eine große Anzahl in- und

[1]) Auf die Initiative und nach einem Plane von Möller.

ausländischer Forscher mit Freuden ihre Beiträge geliefert hatten. Mitarbeiter des Archives war er seit mehr als 30 Jahren.

Welander war eine stark ausgeprägte Persönlichkeit; ungewöhnlich bescheiden und zurückgezogen, war er doch eine wirkliche Kraftnatur, der Zielbewußtheit, Pflichttreue, Gerechtigkeit ebensowohl wie Milde und Mitgefühl für Schwache und Unglückliche keineswegs fehlten. Und neben seiner in ganz ungewöhnlich hohem Grade schweren und anstrengenden Tätigkeit fand er auch noch Zeit, literarische und künstlerische Interessen zu pflegen; insbesondere war es die Musik, für die er ein tiefes Verständnis besaß.

Seit Jahrzehnten kämpfte er gegen ein allmählich zunehmendes Herzleiden an, das jedoch erst in den allerletzten Jahren seine Kräfte brach. Trotz der stetig zunehmenden Beschwerden und der immer schwereren Symptome hielt er sich so lange wie möglich aufrecht. Am 12. Januar d. J. verließ er zum letzten Mal seine Wohnung und sein letzter Besuch galt bezeichnenderweise dem „Lilla hemmet". Bettlägerig wurde er erst am 19. und noch am 21. hatte er eine Zusammenkunft mit dem künftigen Vorstande des „Lilla hemmet", wobei er demselben sozusagen sein Testament übergab, indem er die Richtlinien angab, nach welchen er wünschte und hoffte, daß sein Lieblingswerk sich in Zukunft entwickeln möchte.

Nachdem er so von seinem treuen Wachtdienst am Tempel der Wissenschaft und Menschenliebe abgelöst worden, wünschte er nur Ruhe und nur 2 Tage später, am 23. Januar, schlief er ruhig und still ein.

Friede und Ehre seinem Andenken!

Karl Marcus (Stockholm).

Dr. Karl Henning †.

Nach zweitägigem Krankenlager ist Dr. K. Henning am 3. Juni im 58. Lebensjahre den Folgen eines Fliegenstiches erlegen.

Wohl der Mehrzahl der Dermatologen ist Hennings Persönlichkeit in lebhafter Erinnerung. Der auffallende Mann mit dem wallenden Barte fehlte ja auf keinem größeren med. Kongreß und pflegte dort die nötigen Erläuterungen zu seinen Ausstellungen in zuvorkommender Weise zu geben.

Die Moulagen, die er fast naturwahr zu gestalten wußte, haben ihm überall höchste Anerkennung gebracht und sind als solche oder in Abbildungen für viele wissenschaftliche Werke die Unterlage geworden, so daß sein Ruf über Grenzen Österreichs und Deutschlands gedrungen ist. Hennings Tätigkeit ist dadurch mit der Entwicklung der Dermatologie seit dem letzten Dezennium des vorigen Jahrhunderts innig



verknüpft. Seine künstlerische Veranlagung und namentlich sein Talent für Malerei wußte Henning schon während seiner medizinischen Studien in Wien praktisch zu betätigen, er wurde als Zeichner mikroskopischer Präparate und als Maler pathologischer Bilder bei allen Klinikern beliebt und gesucht, so daß er, da die Gründung eines Moulagenlaboratoriums für die med. Fakultät in Aussicht genommen wurde, als der berufene Leiter erschien. Henning widmete sich dieser Aufgabe schon im Vorbereitungsstadium, machte vielfache Versuche zur Herstellung farbiger plastischer Nachbildungen von Krankheitsbildern, so daß Neumann schon 1890 wohlgelungene Moulagen Hennings in der Gesellschaft der Ärzte demonstrieren konnte. Kaposi, Neumann im Verein mit Billroth und Albert betrieben nachdrücklich die Errichtung dieser für den Unterricht und für die Forschung wichtigen Institution und erreichten zunächst, daß Henning zum Studium des im Hôspital St. Luis bestehenden Moulagenmuseums nach Paris entsendet wurde. Henning gelang es nicht, von Baretta die Zusammensetzung der von ihm verwendeten Masse zu erfahren und es gelang ihm, erst durch zahllose Versuche in Wien eine haltbare Komposition zu ermitteln, welche allen Anforderungen so sehr entsprach, daß Hennings Moulagen bald den französischen gleichkamen, ja sie übertrafen. Ende 1893 wurde Henning zum „Präparator" des neu gegründeten Moulageninstitutes, 1897 zum Vorstand der „k. k. Universitäts-Anstalt für Moulagen (med. Chromoplastik)" mit dem Rang eines Primärarztes ernannt. Das erste Laboratorium war in einer kleinen Kammer neben dem ehemaligen Hebraschen Hörsaale untergebracht, die sich sehr bald als unzureichend erwies. Es wurde Henning nach kurzer Zeit ein großes Atelier im Direktionsgebäude und später in den Räumen der früheren Klinik Chrobak zur Verfügung gestellt.

Hunderte von Moulagen für alle klinischen Institute und Museen hat Hennings kunstfertige Hand in diesen Räumen geschaffen und speziell für die Dermatologie einen Schatz von Krankheitsbildern dauernd fixiert, der sich für den Unterricht und für wissenschaftliche Verwertung als außerordentlich fruchtbar erwiesen hat. Was Hennings Moulagen vor anderen, die ja an vielen Orten später erzeugt worden sind, auszeichnete, war nicht bloß die Technik und der Einfluß seines ausgesprochenen Farbensinnes, sondern vor allem seine ärztliche Vorbildung, die ihr die wesentlichen Erscheinungen des Krankheitsbildes klar erfassen ließ. Kopien von Wiener Moulagen sind darum von vielen in- und ausländischen Universitätsinstituten erworben worden und Henning mußte zur Bewältigung der ihm gestellten Aufgaben Hilfskräfte heranziehen. zumal er nicht selten zur Herstellung von Moulagen in andere Universitätsstädte reiste.

In den letzten Jahren hat sich Henning die Aufgabe gestellt, Prothesen zur Deckung entstellender Hautdefekte anzufertigen, welche ihrem kosmetischen Zweck besser entsprechen sollten, als die bis dahin gebräuchlichen Metall-Prothesen, die durch Brillengestelle und ähnliche

Hilfsmittel an Ort und Stelle festgehalten werden mußten. Nach vielen Versuchen gelangte Henning zur Anwendung einer schmelzbaren plastisch weichen gelatinehältigen Substanz, die mit Hilfe einer für jeden Fall eigens hergestellten Gußform jedem Patienten selber die Herstellung der Prothese leicht ermöglichte. Die gegen die gesunde Haut in dünne Ränder auslaufende Prothese war mittels einer Klebemasse sicher an der Umgebung des Defektes zu befestigen. Entsprechender Farbenzusatz zur Prothesenmasse und farbiger Puder ergaben mit dem Kolorit des Trägers übereinstimmendes Aussehen. Die Gußform muß nach einem frei modelliertem Ersatzstück z. B. Nase angefertigt werden und setzt, wenn sie ihren Zweck erreichen soll, hervorragendes künstlerisches Können voraus. In welch hohem Maße dies Henning besessen hat, konnten die Besucher des dermatologischen Kongresses in Wien 1913, wo Hennings Prothesen zum erstenmale gezeigt worden sind, selbst bestaunen, als zwei vorher ausgestellte Kranke ihre unerkannt gebliebenen Henning-Nasen ablegten. Seither hat Henning plastische Ersatzteile für Defekte aller Art, für Ohren und Lider (in Kombination mit künstlichen Augen) mit so hervorragendem Täuschungseffekte angefertigt, daß einer großen Zahl von Menschen, die wegen ihrer Entstellung am gesellschaftlichen Verkehr und an der Ausübung ihres Berufes gehindert waren, die Aufnahme ihrer früheren Lebensweise ermöglicht wurde.

So hat Henning durch seine Leistungen für den medizinischen Unterricht, insbesonders für die Dermatologie, sich bleibende hervorragende Verdienste erworben und viele durch Krankheit entstellte Menschen durch seine Erfindung sich zu größtem Dank verpflichtet. Bei Ärzten und Kranken wird die Erinnerung an Hennings Lebenswerk stets lebendig bleiben. G. Riehl.

Buchanzeigen und Besprechungen.

Neisser, Albert. Die Geschlechtskrankheiten und ihre Bekämpfung. Vorschläge und Forderungen für Ärzte, Juristen und Soziologen. Mit einem Bildnis in Heliogravure. Berlin, Verlag von Julius Springer. 1916.

Ein stattlicher Band von mehr als 300 Seiten, mit einem wohlgelungenen Bilde Neissers geschmückt, liegt vor uns. Tiefe Wehmut ergreift uns, indem wir ihn durchblättern, ist es doch Neissers Schwanengesang, sein Testament, das wir in Händen haben und aus jeder Zeile spricht zu uns Neisser, nicht nur der Mann der Wissenschaft, sondern Neisser der Mensch, der warmherzige Mensch und große Philanthrop, der Mann von großem Ernst, heiligem Eifer, seltener organisatorischer Begabung, der unermüdlich die wissenschaftliche Arbeit an seiner Klinik, die wissenschaftliche Zusammenarbeit in unserer deutschen

dermatologischen Gesellschaft, die soziale Arbeit in der deutschen Gesellschaft organisierte und aneiferte. Und so ist die Zusammenfassung alles dessen, was er in der Frage der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten forderte und erstrebte, sein Testament an die durch ihn begründete, durch ihn zu solcher Bedeutung gelangte deutsche Gesellschaft.

In einer außerordentlich klaren und übersichtlichen Weise, wie sie nur jemand zu eigen sein kann, der den Stoff so meisterhaft beherrschte, wie Neisser, wird die ganze Frage behandelt und die sich ergebende Forderung gestellt. Die Darstellung der Ziele und Aufgaben der D. G. z. B. d. G., die Bedeutung der Geschlechtskrankheiten leiten ein. Dann kommt die Forderung der Schaffung eines Sondergesetzes und in diesem die Schaffung des bekannten „Gesundheitsamtes", das die ganze Prophylaxe zu regeln hat. Dasselbe entscheidet über die Inskription der Prostituierten, regelt die Fürsorge für Besserungsfähige, die Unterbringung der geistig Minderwertigen in Asylen, die Überwachung der von ärztlicher Seite angezeigten etc.

Die Schutzmittelfrage, die gesetzliche Bestimmung bezüglich eines ärztlichen Anzeigerechtes, die Bestrafung der Gesundheitsgefährdung durch eine Geschlechtskrankheit, des Gesundheitsattestes, welches Ehestandskandidaten beibringen sollen, findet eingehende Besprechung.

Die Notwendigkeit möglichst leicht zugänglicher ausgiebiger Behandlung, kostenlose Behandlung als Äquivalent für den Behandlungszwang, werden besprochen, letzterer als gesetzliche Bestimmung gefordert.

Weiters verlangt Neisser die Änderung des Seuchengesetzes in dem Sinne, daß alle durch ihre Erkrankung gemeingefährlichen Geschlechtskranken der behördlichen Aufsicht des Gesundheitsamtes zu unterstellen sind.

Die Frage der ärztlichen Ausbildung, Einfügung des Faches der Geschlechtskrankheiten in das Examen, Spezialapprobation für die Spezialärzte werden erörtert. Und alles dies auf Grund eigener Sachkenntnis und der Kennfnis der ganzen einschlägigen Literatur. Und so kann man das schöne Werk nur mit dem Wunsche schließen, die Saat, die Neisser aussäte, möge aufgehen und seine Forderungen auch nach seinem Hinscheiden Erfüllung finden. Finger (Wien).

Lewandowsky, F., Die Tuberkulose der Haut. Mit 115 z. T. farbigen Textabbildungen und 12 farbigen Tafeln. Aus: Enzyklopädie der klinischen Medizin. Verlag von J. Springer, Berlin 1916.

Die Erscheinungsformen in welchen sich die Tuberkulose in der Haut des Menschen zu äußern vermag und ihre Pathogenese, stellen ein Gebiet der Dermatologie dar, welches in den letzten Jahren die größte Förderung und Vertiefung erfahren hat. Daher mag es kommen, daß ihm, in einer relativ kurzen Spanne Zeit, nicht weniger als drei umfangreiche Monographien gewidmet worden sind, die bekannte, grundlegende von Jadassohn im Mračekschen Handbuch, das erschöpfende Referat Zielers in den „Ergebnissen" und als neuestes, das groß angelegte Werk von Lewandowsky.



Hatten sich die Studien Jadassohns und Zielers vorzugsweise an den Dermatologen gewendet, so verfolgt die Arbeit Lewandowskys das Ziel, in allgemeinerer, Weise den Arzt und den medizinischen Forscher für den Gegenstand zu interessieren und ihn in erschöpfender Weise darüber zu orientieren, ohne daß allerdings dadurch etwas an Interesse und Wert für den Spezialisten vom Fach verloren ginge.

Eine Monographie der Hauttuberkulose wird unseren heutigen Ansprüchen nur dann gerecht werden können, wenn ihr Verfasser in gleichem Maße Klinik und Histologie der so unendlich mannigfaltigen Formen dieses Leidens wie die theoretische und experimentelle Grundlage, auf welchen sich ihre Pathogenese aufbaut, beherrscht. Beides trifft für Lewandowsky in seltenem Maße zu und bedingt mit eine der größten Vorzüge des hier zu besprechenden Buches. Schulung und Vorbildung, persönliche Erfahrung, und vor allem eigene ertragreiche Forscherarbeit befähigen ihn, wie wenige, ein solches Buch zu schreiben. Dabei ist die Darstellung der oft recht verwickelten und schwer übersichtlichen Verhältnisse, welche die Hauttuberkulose beherrschen, durchwegs so klar und plastisch, daß die Lektüre sich zu einem Vergnügen gestaltet. Das ist wohl darauf zurückzuführen, daß der Autor nirgends die Ansichten anderer gedankenlos referiert; vielmehr ist alles, was er vorbringt, bis in die letzten Konsequenzen durchgedacht und kritisch nachgeschafft. Dadurch ist das Buch ein im besten Sinne des Wortes subjektives geworden.

Die bedeutendste Partie des Werkes ist der erste allgemeine Teil, in welchem die Ätiologie und Pathogenese der Hauttuberkulose abgehandelt, und auf knappen 75 Seiten alles das beleuchtet wird, was aus der modernen Immunitätslehre und aus den neuesten Ergebnissen der Tuberkuloseforschung für die spezielle Erkenntnis der Hauttuberkulose von Wichtigkeit ist. Naturgemäß können gerade hier die eigenen experimentellen Untersuchungen des Autors, welche für die Fragen der Tuberkuloseimmunität und der sog. Tuberkulide von größter Bedeutung sind, ganz besonders zur Geltung kommen. Die Anschauung, die entwickelt wird, bildet einen wesentlichen Ausbau und teilweise auch eine Neugestaltung der Lehren Jadassohns und seiner Schule, wobei aber auch die abweichenden Ansichten anderer Autoren die gebührende Beachtung erfahren. Als einen besonderen Vorzug dieses Teiles möchte ich die Beleuchtung der experimentellen Untersuchungen und der theoretischen Deduktionen durch sprechende Illustrationen der histologischen Verhältnisse ansehen; hierin ist Lewandowsky vorbildlich.

Der spezielle Teil bringt auf fast 200 Seiten die Beschreibung sämtlicher Dermatosen, welche bis jetzt mit Recht oder Unrecht in ätiologische Beziehungen zum Kochschen Bazillus gesetzt worden sind. Die Darstellung sowohl der klinischen, als auch der histologischen Verhältnisse ist durchweg das Wesentliche erschöpfend, ohne weitschweifig zu werden. Daß sie in zahlreichen, heute noch strittigen Punkten die Jadassohnsche Auffassung akzeptiert, ist leicht begreiflich und gereicht ihr nur zum Vorteil. Ganz wesentlich wird die Darstellung unterstützt

durch eine außerordentlich reiche Zahl vorzüglicher, schwarzer und farbiger Abbildungen, und auch hier ist wieder den histologischen Tafeln ein ganz besonderer Wert zuzuerkennen.

Das ganze Gebiet wird in drei Gruppen eingeteilt, in:

A. Formen, die meist in progredienten Einzelherden auftreten.

B. Exanthematische Formen.

C. Krankheiten, deren tuberkulöse Ätiologie noch unsicher ist.

Wie alle solche Einteilungen, so hat auch diese etwas Gekünsteltes an sich und wird oft von den Tatsachen gesprengt. So kann z. B. zweifellos sowohl der Lupus vulgaris als auch die Tuberculosis verrucosa cutis in exanthematischer Form auftreten. Die Stellung des Lupus pernio (als progrediente Hauttuberkulose dicht neben dem Lupus vulgaris) sowie der Boeckschen Sarkoide (als exanthematische Tuberkulose) erscheint mir verfrüht und mit dem, was wir bis heute über diese Krankheiten tatsächlich wissen, nicht vereinbar. Das in den Bahnen Brocqs wandelnde Schema auf Seite 79 ist wohl überflüssig, da es die Ansichten des Autors eigentlich lange nicht so deutlich zum Ausdruck bringt als die Darstellung in Worten. Vielleicht dürfte auch hie und da dem eigentlichen klinischen Verlauf der Krankheiten und ihren Beziehungen zu den tuberkulösen Affektionen der inneren Organe eine noch etwas eingehendere Beschreibung gewidmet sein.

Diese wenigen Bemerkungen deuten alles an, was bei der, gewiß bald folgenden, Neubearbeitung im Hauptkapitel vielleicht zu berücksichtigen wäre. Ausgezeichnet, weil überall durch die eigene Erfahrung kritisch gesichtet, ist auch der letzte Teil, der die Behandlung der Hauttuberkulose zum Gegenstand hat. Daß die Therapie nicht bei jeder Tuberkuloseform gesondert besprochen wird und sich daher in ewigen Wiederholungen verliert, sondern als geschlossene Darstellung gegeben wird, ist ein außerordentlich glücklicher Griff. Den Schluß bildet die Besprechung der sozialen Bedeutung der Hauttuberkulose, ein ausführliches Literaturverzeichnis und das Sachregister.

Das Gesamturteil über das Buch Lewandowskys kann ich darin zusammenfassen, daß uns damit ein Werk geschenkt ist, auf das die deutsche Dermatologie stolz sein kann. Es bildet in der Geschichte der Tuberkulose einen Markstein, an dem niemand, der auf diesem Gebiete praktisch oder wissenschaftlich tätig ist, achtlos wird vorüber gehen können. Br. Bloch (Zürich).

Sommer, Ernst. Röntgentaschenbuch. VII. Band (Kriegsband). Verlag Otto Nemnich. Leipzig-München. 1915. Preis gebunden 5 Mark.

Der vorliegende siebente Band des Röntgentaschenbuches enthält neben dem Adreßkalender von Röntgenologen, Röntgeninstituten etc. eine Reihe von Einzelarbeiten. Teilweise beanspruchen dieselben das Interesse dadurch, daß es sich um Erfahrungen aus dem Kriege handelt oder daß es sich um Instrumentarien handelt, die direkt für Kriegszwecke gebaut sind. Eine andere Reihe von Arbeiten dürfte für die Leser dieser Zeitschrift um so wertvoller sein, als sie das Gebiet der Röntgentherapie



berühren. Für den Dermatologen sind folgende Arbeiten von besonderer Wichtigkeit: Janus, Über Dosimeter und Dosimetervergleichung; Meyer, die heutige Auffassung über das Vorkommen einer Idiosyn krasie gegen Röntgenstrahlen und ein Beitrag zu dieser Frage; Pförringer, Zur Kenntnis der Spätschädigungen der Haut durch Röntgenstrahlen; Schmidt, Über harte Röntgenröhren und harte Röntgenstrahlen.

Fritz Juliusberg (Posen).

Dessauer, Friedrich und *Wiesner*, B. Leitfaden des Röntgenverfahrens. Verlag Otto Nemnich. Leipzig-München. 5. Auflage. 1916. Preis gebunden 12.80 Mark.

Der bereits in der fünften Auflage erschienene Leitfaden des Röntgenverfahrens zerfällt in drei Teile. Die beiden ersten, der physikalische und der technische Abschnitt, sind bis auf einige kleinere Kapitel von Dessauer verfaßt und stellen in mustergültig klarer Sprache die physikalischen Grundlagen und die verschiedenen Apparaturen dar. Der dritte Teil, die Anwendung der Röntgenstrahlen in der Medizin, ist von mehreren Röntgenologen bearbeitet. Den die Leser dieser Zeitschrift besonders interessierenden Abschnitt über die therapeutische Anwendung der Röntgenstrahlen hat Guido Holzknecht geschrieben. Das Werk wird seiner Aufgabe vollkommen gerecht. Durch die vorzügliche Darstellung der physikalischen Gesetze des Röntgenverfahrens und der technischen Gesetze der Apparatur ist es ganz vorzüglich geeignet, in das Röntgenverfahren einzuführen und das Verständnis für dieses bedeutungsvolle diagnostische und therapeutische Unterstützungsmittel in der Heilkunde zu erwecken. Im Interesse der aufblühenden Röntgenlehre ist dem Buche die weiteste Verbreitung zu wünschen. F. Juliusberg (Posen).

Schumann, Margot Praktisches Hilfsbuch für Laboratoriumsassistentinnen. Verlag W. Braumüller, Wien u. Leipzig. Preis brosch. K 8.40 = M. 7.—, geb. K 10.80 = M. 9.—.

Zu denjenigen Gebieten, auf welchen der Drang der Frauen nach Berufsbetätigung die größten und bleibenden Erfolge errungen hat, gehört das der Laboratoriumshilfskräfte sowohl in den Röntgenlaboratorien als in denen für chemische und mikroskopische Untersuchungen. Die Heranbildung dieser Assistentinnen ist bisher nur wenig organisiert und größtenteils mündlicher Unterweisung überlassen, wobei naturgemäß immer nur die jeweils gerade gebrauchten Untersuchungsmethoden vorgenommen werden. Eine übersichtliche Einleitung für derartige Assistentinnen liegt jetzt in dem mit 121 Abbildungen illustrierten Buche der Verfasserin vor, die an Albus Poliklinik als Leiterin des Laboratoriums seit Jahren tätig ist und es versteht, sowohl die Untersuchungsmethoden in klarer Weise wiederzugeben als auch die notwendigen Vorkenntnisse in Bezug auf Histologie und Stoffwechselphysiologie durch eine präzis gehaltene Einleitung den Schülerinnen zu vermitteln. Bei der zunehmenden Verwendung derartiger Laboratoriumsassistentinnen, wie sie ja auch der Krieg in erhöhtem Maße mit sich bringt, wird das schön ausgestattete Buch gewiß in seinen Kreisen Anklang finden und Nutzen bringen. P.



Noorden, C. von und *Kaminer*, S. Krankheiten und Ehe. Leipzig Georg Thieme. Preis M. 27.—, geb. M. 28.40.

Das vor 12 Jahren damals von Senator und Kaminer herausgegebene Buch liegt jetzt in zweiter Auflage vor, die mehrfach umfangreiche Änderungen und Verbesserungen zeigt. So sind viele Abschnitte neu bearbeitet, wie Klima, Rasse und Nationalität durch Moszkowski, Menstruation, Wochenbett etc. durch Th. Schrader, Stoffwechselkrankheiten durch von Noorden, der auch an Senators Stelle als Herausgeber getreten ist, Erkrankungen der Gefäße durch His und Külbs, die Geisteskrankheiten durch Hoche. Neu hinzugekommen sind ein Kapitel über die endokrinen Drüsen von Porges und über die Vererbung von Sprachstörungen von Gutzmann, ferner Studien über den Familienbegriff und die Vererbungslehre von Martius und eine Statistik der Geburtsziffern in den Kulturstaaten von E. Dietrich, über Krankheit und Ehetrennung von J. Heller. Aber auch die Abschnitte, welche in den Händen der früheren Bearbeiter blieben, weisen bedeutende Ausgestaltungen auf, so Hautkrankheiten und Ehe, sowie Syphilis und Ehe von Ledermann, wie auch Tripperkrankung und Ehe, welch letzteres Kapitel noch von der Meisterhand Neissers stammt. So wird das schön ausgestattete Buch, auf den gegenwärtigen Stand moderner Wissenschaft gebracht, jedem Arzte gute Dienste zur Orientierung auf dem mitunter so schwierigen Gebiete der Konsenzerteilung zur Ehe leisten, dessen Probleme durch die Umwälzungen, welche der Krieg in weiten Bevölkerungsschichten setzt, noch viel aktueller und auch für die Allgemeinheit bedeutungsvoller geworden sind. P.

Lewandowsky, M. Praktische Neurologie für Ärzte 1917. Bd. I. II. Auflage. Verlag Julius Springer, Berlin. Preis gebunden M. 10.—.

Die gute Prognose, welche dem Buche Lewandowskys bei seinem Erscheinen gestellt wurde, hat bald Erfüllung gefunden, indem schon nach 4 Jahren eine neue Auflage notwendig wurde, welche mannigfache Erweiterung und Umarbeitung erfahren hat, so namentlich in den Kapiteln über die Psychoneurosen und die Begutachtung, wo die vielfachen neuen Erfahrungen über Kriegsneurosen und deren Begutachtung eingehende Erörterung finden. Auch in dem Kapitel über die syphilogenen Nervenkrankheiten sind die neueren Erfahrungen über Wassermannreaktion und Salvarsan ausgiebig berücksichtigt — bei der Bäderbehandlung der Tabes wäre allerdings auch ein Hinweis auf die Radiothermen (wie Joachimsthal, Gastein) am Platze, die bei Krisen und lanzinierenden Schmerzen manchmal gute Erfolge bringen. Wie sehr der Versuch Lewandowskys, eine ausschließlich für den Gebrauch des praktischen Arztes bestimmte kurze und lesbare Darstellung der Neurologie zu geben gelungen ist, geht aus dem Umstande hervor, daß auch für andere Sonderfächer ähnliche Bearbeitungen vom Verlage in Aussicht genommen sind, so daß diese zweite Auflage des Lewandowskyschen Buches den ersten Band einer Reihe praktischer Fachbücher für Ärzte bildet, welche, wenn sie in Anlage und Ausführung dem Buche Lewandowskys

ebenbürtig sein werden, gewiß auch in den Kreisen der Praktiker oder nicht Spezialisten großen Anklang finden werden. P.

Oettinger, W. Die Rassenhygiene und ihre wissenschaftlichen Grundlagen. Verlag H. Kornfeld, Berlin 1914.

Mit der Vertiefung der Studien über Vererbung normaler und krankhafter Eigenschaften, ist aus dem Bestreben praktischer Nutzanwendung der hier gewonnenen Erfahrungen eine Bewegung entstanden, welche weitgehende Maßnahmen bezüglich der Ausschaltung von Individuen, deren Keimanlagen möglicherweise vererbbare Schäden enthalten, von der Fortpflanzung propagiert, wie sie in vielen Staaten Amerikas auch schon gesetzlichen Ausdruck gefunden haben. Die sachlichen Grundlagen dieser Bewegung, die vielfach, da neben hervorragenden Forschern und Ärzten auch Unberufene von anderen Gesichtspunkten aus daran mitwirken, mit Schlagworten arbeitet, unterzieht Oe. in diesem vor Naturwissenschaftern und Ärzten gehaltenem Vortrage einer eingehenden Kritik, wobei sich zeigt, daß vielfach von den Anhängern einer praktischen Rassenhygiene als bewiesen angenommene Voraussetzungen, wie Verschlechterung der Rasse durch Erhaltung Minderwertiger infolge der Fortschritte allgemeiner Hygiene noch keineswegs so zweifellos feststehend sind und auch die aus Sterblichkeit, Morbidität, Militärtauglichkeit gezogenen Schlüsse auf eine fortschreitende Degeneration des Volkes nicht unanfechtbar sind. Hierin und auch bei der Betonung der Notwendigkeit, für die Anwendung der Mendelschen Regeln auf den Menschen noch mehr gesichertes Material herbeizuschaffen, wird man dem Verfasser, trotz mancher Bedenken recht geben, ebenso bei der Kritik der praktischen Durchführungsmöglichkeit der in Amerika getroffenen gesetzlichen Maßnahmen und der Aussicht einer praktischen Regelung dieser Fragen überhaupt. Andernteils ist zu bedauern, daß Oe. hier nur die Mängel, wie sie naturgemäß in den Anfängen solcher eingreifenden Versuche unausbleiblich sind, hervorhebt und den erzieblichen Einfluß auch unvollkommener Vorschriften auf das „Gesundheitsgewissen" des Volkes so ganz vernachlässigt, wie er auch die Gefahren der Syphilis für die Nachkommenschaft gegenüber denen der Ansteckung doch gar zu kurz abtut. Von diesen Bedenken abgesehen, die aus der Tendenz des Autors verständlich sind, bietet die auf breitem Tatsachenmaterial aufgebaute Schrift des Autors einen interessanten Versuch der Betrachtung von anderem Standpunkte aus für diese Fragen der Rassenhygiene, mit welchen sich intensiver zu beschäftigen auch der Praktiker und Spezialarzt jetzt, namentlich durch die Folgen des Krieges, immer mehr gezwungen wird. P.

Hirschfeld, Dr. Magnus. Sexualpathologie. Ein Lehrbuch für Ärzte und Studierende, I. Teil: Die geschlechtlichen Entwicklungsstörungen. Bonn 1917, A. Marcus und E. Webers Verlag (Dr. jur. Albert Ahn.) Preis broschiert M. 8.40, gebunden M. 10.—.

Den Manen Krafft-Ebings ist das vorliegende Buch geweiht, in welchem der durch ungewöhnliche Erfahrung auf diesem Gebiete wohl



berufene Verfasser zunächst die geschlechtlichen Entwicklungsstörungen mit besonderer Berücksichtigung der Onanie behandelt. Der große Fortschritt, welchen auch auf diesem Gebiete der Ausbau der Lehre von der inneren Sekretion mit sich brachte, tritt in Hirschfelds Darstellung deutlich hervor, welche zunächst den Geschlechtsdrüsenausfall, dann den Infantilismus, die Frühreife, die Sexualkrisen, die Onanie (Ipsatio) und endlich den Automonosexualismus, das Verliebtsein in die eigene Persönlichkeit behandelt. Zahlreiche Krankengeschichten und Abbildungen erläutern die einschlägigen Symptomenkomplexe, wobei es der Verfasser aber verstanden hat, den Ernst der Darstellung zu wahren und die Gefahr einer Fundgrube für laszive Neugier zu vermeiden. Vielfache Vorgänge der letzten Jahre haben gezeigt, wie wichtig die Kenntnis der hier behandelten Entwicklungsstörungen und Krankheitsbilder, die bisher eigentlich mehr als Kuriositäten angesehen und einer medizinischen Betrachtungsweise kaum unterzogen wurden, auch für den praktischen Arzt ist und so wird das gut ausgestattete Buch gewiß vielen Kollegen, die in ihrem Studiengange über diese in das Leben und die Psyche der Patienten oft so eingreifenden Störungen fast nichts zu hören bekamen, willkommene Aufklärung und Anregung bieten. P.

Kriegspathologische Tagung in Berlin am 26. und 27. April 1916. Beiheft zu Bd. XXVII des Zentralblatt für allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie.

Während wir im Anfang glaubten, der Krieg stelle einen akuten Paroxysmus dar, der sämtliche andere Funktionen des staatlichen und kulturellen Organismus, soweit sie ihm nicht direkt dienen, vollständig hemme und bis zu seiner Krise ausschalte, haben wir staunend gelernt, daß es sich auch hier um einen chronischen Zustand handeln könne, der auch für diesen Organismus ein „Leben unter veränderten Bedingungen" darstellt, bei welchem die anfangs gehemmten Teile des Organismus allmählich ihre Funktion wieder leitten. So haben denn auch verschiedene wissenschaftliche Organisationen im dritten Kriegsjahre ihre Tätigkeit wieder aufgenommen und auch die Pathologen haben sich zu einer Kriegstagung in Berlin zusammengefunden, deren Verhandlungen jetzt vorliegen. Von dermatologischem Interesse sind: die Vorträge von Benda, Zur Histologie der petechialen Exantheme, Ceelen, Projektion von Präparaten von Fleckfieber, sowie die anschließende Diskussion über die Genese petechialer Exantheme bei Fleckfieber und zerebrospinaler Meningitis. P.

Neumann, R. O. und *Mayer*, M. Atlas und Lehrbuch wichtiger tierischer Parasiten und ihrer Überträger mit besonderer Berücksichtigung der Tropenpathologie. Lehmanns medizinische Atlanten. Band XI. Preis geb. M. 40.—.

Die Kenntnis der menschlichen Parasiten hat in jüngster Zeit erhöhte Bedeutung gewonnen, seitdem auch die Ärzte der Mittelmächte sich mehr wie früher mit sonst als exotisch angesehenen Krankheiten (Tropenkrankheiten, Malaria, Flecktyphus) zu beschäftigen haben. In den Lehr- und



Handbüchern der verschiedenen medizinischen Disziplinen ist dieses Kapitel meist nur kurz behandelt und wenig illustriert und dasselbe gilt von den zoologischen oder speziell die Parasiten behandelnden Werke. Bei der großen Bedeutung aber, die gerade auf diesem Gebiete guten Abbildungen namentlich gefärbter Präparate zukommt, ist es mit Freude zu begrüßen, daß nunmehr ein Werk vorliegt, welches in reichster Fülle das Anschauungsmaterial zum Studium und der Diagnose der Parasiten liefert und vor allem der medizinischen Praxis Rechnung trägt. Gestützt auf eigene und der Sammlung des Hamburger Tropeninstitutes entstammende Präparate hat R. O. Neumann 1300 Originalabbildungen geliefert, die zum Teil in vielfachem lithographischem Farbendruck reproduziert sind. Voran gehen fast 600 Seiten Text, ebenfalls mit 237 Figuren erläutert, in welchen Anatomie und Biologie der Parasiten besprochen wird und im Interesse der Praxis die Technik von Untersuchung, Färbung, Zucht, Konservierung erläutert und auch auf Klinik und pathologische Anatomie eingegangen wird. Von den Amöben und Trypanosomen bis hinauf zu den Flöhen und Läusen findet sich eine überraschend große Zahl von Parasiten beschrieben und abgebildet, von welchen ja sehr viele auch für den Dermatologen Interesse haben. Diesem wird es sehr willkommen sein, daß bei den verschiedenen Parasiten seines Spezialgebietes, wie Spirochäten, Zecken etc. nicht nur die zoologischen Erfahrungen, sondern auch Biologie und Pathologie genügend berücksichtigt zu finden und auch über umstrittene Formen, wie Zytoryktes oder die Chlamydozoen des Molluscum contagiosum Abbildungen und kritische Erläuterungen zu finden. Einem jeden Abschnitt sind Literaturnachweise vorangestellt und mehrfach finden sich Übersichtstabellen differential-diagnostischer Art und lehrreiche Darstellungen der Entwicklungszyklen. So ist nicht nur den Wünschen des Praktikers, sondern auch denen des Spezialforschers überall Rechnung getragen und das von dem Lehmannschen Verlage prachtvoll ausgestattete Werk, das wirklich ein Musterbeispiel deutschen Gelehrtenfleißes und Verlegertüchtigkeit darstellt, wird gewiß weiten ärztlichen Kreisen als Nachschlagewerk und Studienbehelf gute Dienste leisten. P.

Der Redaktion eingesandte Bücher.

(Besprechung fallweise vorbehalten.)

Müller, Ed. Die Therapie des praktischen Arztes. Bd. I. Therapeutische Fortbildung. Bd. II. Rezepttaschenbuch. Verlag Springer, Berlin 1914. Preis Bd. I M. 10.50, Bd. II M. 6.40.

Hoffmann, F. L. The mortality from cancer throughout the world. Newark, New Yersey. The prudential press 1917.

Schaeffer, Prof. Dr. J. Albert Neisser. Lebenswerk. Persönlichkeit. Erinnerungen aus seinem Leben. Verlag Urban & Schwarzenberg, Berlin-Wien 1917. Preis M. 1.50.

Backer, Dr. Max. Die Sonnen-Freiluftbehandlung der Knochen-, Gelenk- wie Weichteiltuberkulosen. Verlag F. Enke, Stuttgart 1916. Preis M. 3. —.

Timerding. Die Aufgaben der Sexualpädagogik. Verlag Teubner, Leipzig 1916. Preis M. 0.80.



Strandberg, James. Beitrag zur Frage der Bedeutung der inneren Sekretion in der Dermatologie. 8°. 186 Seiten. Stockholm 1917. Buchdruckerei Marcus.

Unna, P. G. Kriegsaphorismen eines Dermatologen. 8°. 198 Seiten. Verlag Hirschwald, Berlin 1917. Preis M. 5.60.

Weichardt. Ergebnisse der Hygiene, Bakteriologie, Immunitätsforschung und experimentellen Therapie. II Bd. Verlag Springer, Berlin 1917. Preis M. 38.—.

Bauer. Die konstitutionelle Disposition zu inneren Krankheiten. Verlag Springer, Berlin 1917. Preis M. 24.—

Eppinger. Zur Pathologie und Therapie des menschlichen Ödems. Verlag Springer, Berlin 1917. Preis M. 9.—.

Hartmann und **Schilling.** Die pathogenen Protozoen und die durch sie verursachten Krankheiten. Verlag Springer, Berlin 1917. Preis M. 22.—.

Wolff und **Mulzer.** Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. II. Bd.: Hautkrankheiten. 2. Auflage. Verlag Enke, Stuttgart 1917. Preis M. 36.—.

Pöhlmann. Die Technik der Wassermannschen Reaktion. Verlag Müller & Sternicke, München 1917. Preis M. 1.25.

Varia.

Die Jahresversammlung der **Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten** fand am 22. Juni 1917 in Mannheim statt. Da als einziges Verhandlungsthema die „Beratungsstellen für Geschlechtskranke“ auf der Tagesordnung standen, nahmen neben zahlreichen Ärzten aus allen Teilen des Reichs, die Vertreter der großen ärztlichen Organisationen (Ärztevereins-Bund und Leipziger Verband), der Landesversicherungs-Anstalten, mit Präsidenten Kaufmann vom Reichsversicherungsamt, sowie viele Delegierte großer Krankenkassenverbände an der Versammlung teil. Der Besuch der Tagung war außerordentlich groß. Nach Erstattung des Geschäftsberichts durch den Generalsekretär Prof. Pinkus und der Wahl von Exz. Hauss, dem Präsidenten des Verbandes der Deutschen Lebensversicherungsgesellschaften, in den Vorstand an Stelle des verstorbenen Geheimrats Matthias, wurde eine von Dr. Riess — Stuttgart und Frau Prof. Fritsch — Königsberg eingebrachte Besolution gefaßt, dahinzielend, daß Regierungen, Gemeinden und Lehrerschaft für frühzeitige eindringliche Belehrung und Warnung der Jugendlichen vor den Gefahren der Geschlechtskrankheiten Sorge tragen möchten. Nachdem die Gründe, die zu der Errichtung von Beratungsstellen geführt haben, vom Vorsitzenden Prof. Blaschko kurz dargelegt wurden, erstattete Dr. Müller — Metz einen Überblick über den augenblicklichen Stand der ganzen Frage. Vor allem betonte er, daß energische Maßnahmen zu treffen seien, da nach Schluß des Krieges auf eine erhebliche Zahl syphilitisch infizierter Männer zu rechnen und eine Massenübertragung der Geschlechtskrankheiten ins ganze Volk zu befürchten sei. Die Beratungsstellen sollen ein bisher fehlendes Bindeglied zwischen Arzt und Patienten darstellen und eine Dauerkontrolle der Kranken ermöglichen. Der Arzt kann den Kranken, der aus der Behandlung fortbleibt, oder einer erneuten Be-



handlung bedarf, nicht wieder zu sich heranholen, ohne sich Mißdeutungen auszusetzen. Der Beratungsstelle als einer unpersönlichen Körperschaft steht diese Macht zu. Während die Krankenkassen, in Voraussicht ihrer außerordentlich wechselnden Aufgaben nach dem Kriege der Beihilfe der Landesversicherungsanstalten gern entgegensahen, haben die Ärzte wichtige Bedenken gegen die Neueinrichtung geäußert. Diese bezogen sich einesteils darauf, daß durch die Beratungsstelle eine Zwischeninstanz zwischen Arzt und Kranken eingeschaltet schien, die sich leicht Obergutachtereigenschaften anmaßen könnte, anderenteils darauf, daß die Namhaftmachung der Kranken an die Beratungsstellen ein ärztliches Gewissensbedenken auslöste. Dieses Gewissensbedenken bestehe in dem Gefühl, daß das dem Arzte in der Sprechstunde Anvertraute als Geheimnis unter allen Umständen gewahrt werden müsse, selbst dann, wenn rechtlich eine Verletzung der vom Strafgesetz geforderten Schweigepflicht nicht vorliege. Referent zeigte, wie unter voller Berücksichtigung dieser Bedenken die Ärzte sehr wohl mit den Beratungsstellen arbeiten könnten und da, wenn die Landesversicherungsanstalten nicht zu bürokratisch vorgingen, auch eine Schädigung des ärztlichen Ansehens nicht zu befürchten sei. Vielmehr schade gerade der Widerstand gegen die Beratungsstellen dem Ansehen der Ärzte, wenn dieser Widerstand auch ein rein ethischer sei; die Öffentlichkeit verstehe den Grund dieses Widerstandes nicht. Sie sieht in ihm nur den Widerstand gegen die Einführung einer nützlichen sozialen Einrichtung und legt ihm leicht eigensüchtige Motive unter. Den gleichen Standpunkt vertrat Prof. v. Zumbusch — München, der auch über sehr günstige Erfahrungen mit der dortigen Beratungsstelle berichten konnte. Beide Berichterstatter kamen zu dem Endergebnis, daß nach dem Krieg den Beratungsstellen im Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten eine hochwichtige Rolle zufallen würde. Die nun folgende Besprechung ergab eine kaum erwartete Einmütigkeit der Anwesenden. Prinzipieller Widerspruch gegen die Einrichtung der Beratungsstellen, wie er in den letzten Monaten in der medizinischen Fachpresse oft in recht temperamentvoller Weise zum Ausdruck gebracht worden war, wurde von keiner Seite geäußert. Sämtliche Redner nahmen die Tatsache der Einrichtung der Beratungsstellen als vorhanden hin und legten nur Gewicht darauf, daß den Ärzten keine Handlungsweise zugemutet werde, die gegen ihr ärztliches Gewissen verstoße. Hier ist es von großer Wichtigkeit, das von Seiten der Landesversicherungsanstalten ausdrücklich versichert wurde, daß irgend welcher Zwang zur Meldung auf die Ärzte nicht ausgeübt werden solle, daß auch für die Meldung der Kranken Freiwilligkeit bestehen solle. Jedoch wurden sowohl von Ärzten wie von Krankenkassenvertretern Klagen laut, daß die Landesversicherungsanstalten vielfach zu selbständig vorgingen und Beratungsstellen einrichten, ohne mit diesen beiden, für die Ausführung unentbehrlichen Instanzen, Fühlung zu nehmen. So entstehe oft eine ganz unnötige Spannung, die bei vorheriger Besprechung vermieden worden wäre, oder es beständen Beratungsstellen, ohne daß

sie von den Ärzten und Kassen in Anspruch genommen würden. Eine andere Klage bezog sich darauf, daß die Beratungsstellen noch außerordentlich unregelmäßig über das Land verteilt seien und für weite Strecken eine einzige zu fungieren habe, während in anderen kleinen Bezirken solche in großer Zahl beständen. Aber man gab zu, daß das Mängel der Entwicklung seien, die in Zukunft sich leicht vermeiden lassen würden.

Allgemein wurde betont, daß man sich nicht auf ein bestimmtes Schema festlegen dürfe, sondern erst einmal in den bestehenden Beratungsstellen Erfahrungen darüber sammeln müsse, was sich am praktischsten bewährt habe. Durch theoretische Konstruktion von Einwänden sei der Sache nicht gedient. Als bedeutsames Ergebnis der sich über einen ganzen Tag erstreckenden Verhandlungen darf wohl die einstimmige Annahme der vom Vorsitzenden des Deutschen Ärztevereinsbundes Dr. Dippe eingebrachten Resolution angesehen werden. Diese lautete:

„Die Versammlung hält einen mit voller Kraft und allen irgend Erfolg versprechenden Mitteln geführten Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten für dringend notwendig und fordert alle Ärzte auf, sich an diesem Kampfe, jeder an seiner Stelle, wirksam zu beteiligen. Insbesondere sollen die Ärzte die vielfach bereits mit gutem Erfolge tätigen Beratungsstellen unterstützen, sollen ihren Kranken Zweck und Wert dieser Beratungsstellen eindringlich klar machen und sie zu deren Benutzung anhalten. Ob die Ärzte darüber hinaus auch Kranke ohne deren Zustimmung der Beratungsstelle überweisen wollen, muß jedem von ihnen von Fall zu Fall überlassen bleiben.

Die Versammlung ist sich darüber einig, daß der Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten nur dann Erfolg haben wird und daß insbesondere die Beratungsstellen ihre Aufgabe nur dann erfüllen können, wenn es gelingt, Anteilnahme und Mitarbeit möglichst aller Ärzte zu gewinnen. Dazu gehört vor allem, daß die Landesversicherungsanstalten und die Krankenkassen bei der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten allenthalben gemeinsam mit den ärztlichen Standesvertretungen vorgehen.

Die Versammlung nimmt mit voller Bestimmtheit an, daß als Grundbedingung jedes weiteren Vorgehens in allernächster Zeit die Behandlung aller Geschlechtskrankheiten durch Nichtärzte, die Fernbehandlung Geschlechtskranker sowie das öffentliche Sichanbieten zur Behandlung Geschlechtskranker gesetzlich streng verboten wird."

Personalia: Habilitiert: Schramek (Wien), Tryb (Prag), Lutz (Basel), Reenstierna (Stockholm).

Ernannt zum a. o. Professor: Lewandowsky (Hamburg) in Basel, Riecke (Leipzig) in Göttingen, Bering (Essen) in Greifswald, Naegeli (Bern), Heuck (München).

Ernannt zum o. Professor: F. v. Krzystalowicz (Krakau).

Prof. Dr. Leo R. v. Zumbusch wurde zum Direktor der Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten in München ernannt.

Gestorben: Schramek (Wien), Weidenfeld (Wien). (Nekrolog folgt.)



Begründet von H. Auspitz und F. J. Pick.

Referate.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

herausgegeben von

J. Jadassohn, Breslau und W. Pick, Wien.



CXXV. Band, 2. Heft.



Wien und Leipzig.

Wilhelm Braumüller,
k. k. Universitäts-Verlagsbuchhandlung (G. m. b. H.).

1918.

Mai 1918.

Register zu Heft 2, Band CXXV.

SACH-REGISTER.

Vom Archiv für Dermatologie und Syphilis erscheinen jährlich 2—3 Bände zum Preise von Mk. 40.— = K 48.—. Der Originalteil erscheint in zwangloser Folge, der Referatenteil allmonatlich in Heften von wechselndem Umfang. 72 Bogen bilden einen Band. Kostspielige Tafeln werden einem Bogen gleich berechnet.

In allen Redaktionsangelegenheiten wolle man sich an Geheimrat Jadassohn (Breslau XVI, Maxstraße I) oder Privatdozent Dr. Walther Pick (Wien I., Plankengasse 6) wenden.

Die im Archiv erscheinenden Tafeln werden auch in losen Exemplaren für Projektionszwecke zum Preise von 10—20 Pf. pro Tafel im Abonnement abgegeben. Bestellungen durch die Verlagshandlung Wilhelm Braumüller, Wien VIII., Wickenburggasse 13.



Archiv für Dermatologie u. Syphilis. Berichtteil.
Bd. CXXV. Heft 2.

Verhandlungsberichte.

Wiener dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 24. Mai 1917.

Vorsitzender: Ehrmann. Schriftführer: Stein.

Hofrat Riehl demonstriert mehrere Fälle einer eigenartigen Melanose. (Erschienen in der Wiener klinischen Wochenschrift.)

Groß bemerkt, daß er einen ähnlichen Fall bei einem Kollegen beobachtet habe und schließlich zur Auffassung gelangt sei, daß es sich um ein dem Erythema pellagrosum gleichzustellendes Krankheitsbild handle. Auch er glaube, daß hier eine Schädigung durch ein Nahrungsmittel (vielleicht Brot) vorliegt, eine Substanz, die sensibilisierend auf die Haut wirke. Er erinnert an die Untersuchungen von Alfred Fuchs bei der Tetanie und schlägt vor, solche Patienten unter Ausschluß von Mehlnahrung zu belassen.

Nobl. Wir haben allen Grund, Herrn Hofrat Riehl für die Vorführung dieser Fälle dankbar zu sein. Sie geben in klassischer Ausprägung eine Zustandsform wieder, die in den letzten Monaten auch an meiner Station des öfteren unterkam, ohne daß ich in der Lage gewesen wäre, die Veränderung in ihren auslösenden Ursachen klarzulegen. In den Fällen der Poliklinik handelte es sich meist um Kranke, die schon in privatärztlicher Behandlung indifferente Salben verordnet hatten, welcher Umstand mich an Vaselinwirkung denken ließ. Auffällig war es jedoch stets, daß die schweren Erythemattacken und die tiefdunkle Pigmentation nicht mit der gewöhnlichen Wucherung und Aufrauhung der Hornschicht einhergingen. Erst mit der Annahme einer durch Nahrung bedingten Sensibilisierung, wie sie uns Hofrat Riehl vermittelt, gewinnt der rätselhafte Vorgang Verständnis.

Sachs. Zu der Demonstration Herrn Hofrat Riehls möchte ich gleichfalls die in der Tierpathologie bekannte „Buchweizenkrankheit" erwähnen, sowie diejenigen Hauterkrankungen, welche bei Pferden durch Genuß von Wicken auftreten und nur weiße Tiere befallen, falls diese der Sonne ausgesetzt werden.

Nobl demonstriert:

1. Ein 17jähriges Mädchen mit einer hauptsächlich den Stamm und das Abdomen einnehmenden Aussaat nadelstichgroßer, den Follikeln entsprechender, flacher Knötchen, die an zahlreichen Stellen zu flächenhaften, feinschilfernden, wie ekzematösen Scheiben zusammenfließen. Der angeblich



erst seit zwei Wochen bestehende Schub ist, trotz fehlender anderweitiger Anzeichen spezifischer Herkunft, als Lichen scrophulosorum anzusprechen.

2. Das Phänomen der Prurigo lymphatica bei einem an lymphatischer Pseudoleukämie leidenden Patienten. Es handelt sich um den von N. vor etwa Jahresfrist in der Gesellschaft der Ärzte vorgestellten 65jährigen Kranken, bei dem das Blutbild der relativen Lymphozytose mit mächtig entwickelten leukämischen Gesichtstumoren und diffusen Arminfiltraten einherging. Hauteinlagerungen, hyperplastische Drüsengeschwülste sowie die Blutformel waren unter Arsen und Röntgenbehandlung zur Rückbildung gelangt. Nach einem beschwerdefreien einjährigen Zeitraum meldet sich Patient wegen heftiger Juckanfälle, die ihn sehr herabbringen. In regelloser Einstreuung übersäen kleinste, meist zerkrazte, blutbörkchenbedeckte Knötchen die Decke, intakte Effloreszenzen sind als farblose derbe Blüten tastbar. Aus diesen unspezifischen Veränderungen wäre es kaum möglich, den auslösenden Grundzustand zu erschließen, zumal die Verhältniszahlen der Blutelemente zur Zeit keine wesentliche Verschiebung der Norm gegenüber aufweisen.

3 Einen in der Deutung unklaren Gesichtstumor bei einer 60jährigen Frau. An der linken Wange sitzt ein walnußgroßer Knoten mit kraterförmig vertieftem, exulzeriertem Zentrum und pilzförmig überhängenden, tiefroten, exfoliierten und wuchernden Säumen. Die weiche, leicht blutende Beschaffenheit der Geschwulstmasse sprach von vorneherein gegen karzinomatöse Degeneration, wenn auch die Angabe, daß an der Stelle früher eine Warze gesessen sei, zu einer ähulichen Vermutung drängte. Als gewebliche Grundlage ergibt sich die Wucherform eines vereiterten Atheroms mit derart reger Epithelproliferation, daß — wie es die vorgelegten Mikrophotogramme zeigen — auf den ersten Blick die Karzinomdiagnose naheliegend wäre. Doch sieht man allerorten das typisch gestaltete Epithel in soliden Zusammenhängen aus einer, wohl den Balgresten entsprechenden breiten Zone hervorsprießen (s. a. p. 183).

4. Daneben einen weiteren Gesichtsknoten bei einer 63jährigen Pfründnerin, der sich als kirschengroßer, vorgewölbter Herd von der linken Wange abhebt. An den Randsegmenten sind hanfkorngroße, schwarzblaue, zystisch durchscheinende Knötchen eingestreut. Die Mitte krustenbedeckt, darunter seicht exulzeriert. Histologisch entspricht der Geschwulst ein verhornendes Epithel. Das Bild der Randhämorrhagien vermitteln angiomatös erweiterte Blutgefäße.

5. Einen Fall von dem heute geläufigen Vorkommnis der Teerakne bei einem Munitionsarbeiter. Die follikulären Knötchenschübe nehmen die Arm- und Beinstreckflächen ein. Das vorgewiesene Maschinenöl hatte bei den meisten Arbeitern eines Betriebes in der Nähe Wiens vor einigen Wochen zu gleichen Aussaaten geführt.

Groß erwähnt, daß die jüngster Zeit zur Empfehlung gelangten Bäder mit Kalium hypermanganicum bei den zahlreichen Fällen von Teerakne etc. günstig wirken.

6. Dauerheilung röntgenbestrahlter Nebenhodentuberkulose. Eine über handtellergroße, von ektatischen Gefäßen durchsetzte Skrotalstelle deutet das Behandlungsfeld an. Der 25jährige Patient war vor 5 Jahren von doppelseitiger fistulöser Nebenhodentuberkulose befallen, der sich in aszendierendem Fortschreiten nach kurzer Zeit Nierenzerstörung anschloß. Entfernung der befallenen linken Niere 1913. Mehrmalige Bestrahlung der Testikel. Patient nahm seither an Körpergewicht bedeutend zu, die narbig eingezogenen Nebenhodenreste sind an die Skrotalhaut fixiert. Der Harn klar, Prostata normal.

Ullmann. Was die Bemerkung des Herrn Vortragenden bezüglich der heute hier vorgestellten, mit Röntgen behandelten Genitaltuberkulose betrifft, so ist gewiß, wie auch ich weiß, mit gewöhnlichen Apparaten auch ein gewisser Erfolg zu erzielen, doch reichen dieselben bei genügender Strahlenfilterung nicht mehr aus, es gehören weit stärkere Induktoren dazu und ohne Filterung kommt es auch zu Hautreizungen, Teleangiektasien und schweren Folgeerscheinungen, wie sie ja übrigens auch dieser Patient aufweist. In meiner ersten Mitteilung im Februar des Jahres 1914, welche sich ja schon auf mehrere Fälle erstreckt hat, die bereits mit Tiefenbestrahlung behandelt worden waren, habe ich auf um diese Zeit bereits geheilte Fälle hinweisen können und solche demonstriert, ohne daß die geringste Hautschädigung eingetreten war. Es ist zu bedauern, wenn Herr Kollege Nobl, der von dieser Methode, den Hoden mit Röntgenstrahlen zu behandeln, wirklich schon damals Gebrauch gemacht hatte und dieselbe auch damals für wertvoll hielt, nicht schon bei dieser ersten Gelegenheit oder doch wenigstens kurz nachher darauf hingewiesen hat. Wenn er heute nach mehr als drei Jahren nun einen derartigen Fall demonstriert, so ist derselbe ja doch nur als eine private Beobachtung zu betrachten, von der niemand Kenntnis hatte, auch ich nichts wußte und die gewiß meinen Anspruch auf die prinzipielle Festsetzung dieser Heilmethode für Hodentuberkulose niemals beeinträchtigen dürfte. Von allen bekannten Röntgenologen und Chirurgen wurde die Hodentuberkulose gegenüber allen anderen Drüsentuberkulosen vor jeder Röntgenbestrahlung noch bis in die allerletzten Monate geradezu sorgfältig bewahrt. Dies gilt z. B. ausdrücklich für Prof. Holzknecht, der erst seit $^3/_4$ Jahren die Wiener Fälle in seinem Institute meinen Angaben entsprechend behandelt. Dasselbe gilt für die Lupusheilstätte, wohin ein solcher Fall von mir vor mehr als einem halben Jahre zur Behandlung empfohlen wurde, da er, an doppelseitiger Hodentuberkulose leidend, den einen Hoden bereits durch Kastration verloren hatte und eine zweite Operation verweigerte, darauf nach dieser Methode dort behandelt wurde und derzeit einen sehr schönen Erfolg aufweist. Und dasselbe gilt auch für eine ganze Reihe privater Fälle eigener Beob-




achtung, über die ich zusammenfassend schon in der nächsten Zeit berichten werde.

7. Ein 17jähriges Mädchen mit dem Kombinationsbild einer Reihe von Tuberkuliden, die Streckflächen der Arme zeigen dichte Aussaaten akneiformer nekrotischer Schübe, meist schon in Gesalt braunpigmentierter, scharf gelochter, lentikulärer Effloreszenzen. An den Unterschenkeln sieht man bis zu 40 haselnußgroße, bläulich und braun verfärbte, aus der Subkutanschicht aufsteigende, mit der Decke verlötete Knoten vom Bazinschen Typus. An der Mitte der Streckfläche des linken Unterschenkels haben zugehörige, konfluierende, zerfallene Infiltrate zu einer kindsfaustgroßen Geschwürsfläche geführt, die für sich allein als Ulcus cruris oder gummöser Defekt imponieren würde. Die beiden Spielarten ergänzen an den Endphalangen dorsalwärts und an den Fingerspitzen sitzende blauviolette, von schmutziger, horniger Oberfläche überkleidete Scheiben, die an Lupus erythematosus gemahnen, ohne jedoch die kompletten Charaktere eines solchen aufzuweisen. Lymphdrüsentumoren der Halspartie sollen seit Jahren unverändert fortbestehen. A.-T. ruft, in höheren Dosen einverleibt, stets bedeutende Temperatursteigerung, jedoch niemals ein Mitklingen der Erythemknoten hervor.

Sachs demonstriert:

1. Einen russischen Kriegsgefangenen mit zahlreichen, im Gesichte befindlichen, stecknadelkopf- bis kleinlinsengroßen, braunrot bis himbeergeleeartig gefärbten Knötchen, von welchen eines eine bläulichrote Farbe, ein anderes geschwürigen Zerfall zeigt. Injektion von Alttuberkulin 1 *mg* ergab weder eine allgemeine noch lokale Reaktion, von 5 *mg* geringe Allgemein- und Stichreaktion, keine Lokalreaktion. Die histologische Untersuchung eines Knötchens hat die klinische Diagnose Lupus disseminatus follicularis bestätigt. Wassermann negativ. Krankheitsdauer 1 Jahr.

Nobl. Der Anschauung des Kollegen Sachs möchte ich nicht vorbehaltlos beipflichten. An dem Begriff der Acne teleangiectodes sollte nach wie vor festgehalten werden; wenn auch für diese Läsionsform die ätiologische Beziehung zur Tuberkulose zurecht besteht, so handelt es sich hier doch um eine Variante, die in allen ihren Wesenszügen von einem Lupus vulgaris disseminatus weit absteht. Schon der histologische Bau gestattet nicht ohne weiteres die völlige Gleichstellung; wir haben nur ausnahmsweise die durchgreifende Verkäsung, den klassischen Tuberkel. Der Bazillennachweis gelingt in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle nicht. Das Tierexperiment läßt meist aus. Vor allem aber wäre die außerordentliche Gutartigkeit ins Feld zu führen, die oft beobachtete spontane Abheilung ohne jede der in der Lupustherapie üblichen Maßnahmen. Dazu kommt noch die Akuität des Auftretens und das mitunter ebenso rasche Abklingen der restlos sich rückbildenden Schübe. Insge-



samt Momente, die das Beibehalten des Begriffes Acne teleangiectodes rechtfertigen. Diese Bezeichnung wird sofort jedem Kenner nur dieses umschriebene Krankheitsbild vergegenwärtigen.

Kren hält das Krankheitsbild für eine Acne teleangiectodes und möchte für solche klassische Bilder diesen Namen festgehalten wissen. Unter Lupus disseminatus follicularis versteht man im allgemeinen eine ganz andere Varietät der Tuberkulose, womit nicht gesagt werden soll, daß die Acne teleangiectodes mit ihrer relativen Benignität sicher Tuberkulose ist.

Sachs. Es ist ja bekannt, daß die Acne teleangiectodes zu den gutartigen Formen des Lupus disseminatus follicularis gerechnet wird. Das der Acne teleangiectodes, der Folliculitis exulcerans serpiginosa nasi und dem Lupus disseminatus follicularis zugrunde liegende histologische Bild zeigt bei Berücksichtigung der verschiedenen klinischen Bilder in allen drei Formen den Bau eines Tuberkels. Mit Rücksicht auf diese Tatsache werden alle drei Formen ätiologisch mit dem Kochschen Bazillus in Zusammenhang gebracht.

2. Einen Infanteristen, welcher eine Kombination von weißen Flecken zeigt, von welchen die einen auf den Stamm ausgebreitet und von verschiedener Größe als Vitiligo zu bezeichnen sind. Die anderen sind vorwiegend auf dem Nacken und der oberen Brustapertur lokalisiert, linsengroß, weiß, mäßig über das Hautniveau erhaben und von einem intensiven Pigmentsaum umgeben, sie sind als Narben nach Akne und nicht als fleckförmige Sklerodermie aufzufassen. Die histologische Untersuchung ergab in Übereinstimmung mit dem klinischen Befund ein narbiges Gewebe mit nahezu vollständigem Fehlen der elastischen Fasern und dem für die fleckförmige Sklerodermie charakteristischen schüsselförmigen Infiltrationssaum.

3. Einen 41jährigen Patienten mit Elephantiasis des Genitales (Penis und Skrotum). Krankheitsdauer 30 Jahre, über die Ursache weiß Pat. nichts Näheres anzugeben, weder Erysipele, noch eine Verletzung, noch eine Operation sind vorangegangen. Ein Aufenthalt in den Tropen hat auch nicht stattgefunden.

4. Einen 20jährigen Infanteristen, welcher vor drei Wochen gegen Variola geimpft wurde; zwei Tage nach der Vakzination zeigte Pat. das Bild einer Vaccina generalisata. Dieses war klinisch als Variolois zu bezeichnen, bestand größtenteils aus hellroten Knötchen, zum kleinsten Teil aus gedellten Bläschen im Gesicht, am Halse und auf den Vorderarmen lokalisiert, Nach acht Tagen war der Ausschlag vollständig abgeheilt. Seit drei Tagen bestehen an beiden Vorderarmen und am Rande des linken Ohrläppchens kleinlinsen- bis haselnußgroße, prall gespannte, mit serösem Inhalt gefüllte Blasen. In der Halsgegend sind zahlreiche, einhellerstückgroße, hellrote Quaddeln mit einem intensiv roten Punkt in der Mitte zu sehen und als Lichen



urticatus aufzufassen. Die Bläschen sind als Erythema bullosum zu bezeichnen, beide Ausschlagsformen — das Erythema bullosum und Lichen urticatus — als Erythema toxicum nach Vakzination.

Scherber. Der Fall bietet deshalb Interesse, weil er nach der Impfung ein hochentwickeltes Vakzinexanthem, eine Vakzine generalisata durchgemacht, nach deren Ablauf sich der jetzt bestehende erythematöse bullöse Ausschlag eingestellt hat. Nach meinen eigenen Beobachtungen konnte ich im Anschluß an die Impfung in einer Reihe von Fällen manchmal fast universelle Exantheme auftreten sehen, die in der Entwicklung derber, gelbrötlicher Papeln und bläschenförmiger Effloreszenzen bestanden und die, in die Formenreihe der abgeschwächten Variola einschlagend, als spezifisch vakzinale aufgefaßt werden müssen. Nun habe ich auch beobachtet, daß sich manchmal später urtikarielle, papulöse Ausschläge, Lichen urticatus-ähnlich, noch weiter entwickeln und immer rezidivierend, sich auf lange Zeit erstrecken können. Soll das demonstrierte Exanthem mit der Vakzination in Zusammenhang stehen, so wäre es, da das typische Vakzineexanthem schon abgelaufen, als eine scheinbare toxische Spätersclieinung aufzufassen.

5. Einen 54jährigen Patienten, welcher an der rechten unteren Extremität an Impetigines erkrankt war und sich durch Monate durch Einfetten mit Vaselin selbst behandelte. Durch diese Behandlung entwickelten sich auf der Basis der einzelnen Impetigoeffloreszenzen verruköse Wucherungen. Dieser Fall bietet gleichsam ein Experiment für die Frage der Epithel proliferierenden Eigenschaften des durch Petroleumbestandteile verunreinigten Vaselin.

6. Demonstration histologischer Präparate:

a) Dieses Präparat stammt von dem Patienten, welchen Dr. Schwoner als Morbus Recklinghausen in der Sitzung vom 16. März 1917 vorgestellt und bei der histologischen Untersuchung sich als Hautmyom erwiesen hat.

b) Das zweite Präparat stammt von einem 39jährigen Patienten, welcher vor zwei Jahren in meinem Krankenkassenambulatorium mit Lues in Behandlung stand. Pat. zeigte Papeln im Sulcus coronarius und beiderseitige Skleradenitis inguinalis, Wassermann positiv. Nach 20 halben Hg-Injektionen (10%iges Hg salicyl.) sind die Papeln nicht zurückgegangen. Die Vermutungsdiagnose, daß es sich bei diesen Papeln um eine karzinomatose Umwandlung derselben handeln könnte, wurde durch die histologische Untersuchung bestätigt.

Rusch stellt vor:

1. Einen 30jährigen Mann mit einem seit 3 Monaten unter dem Bilde einer Akne sich entwickelnden Lupus vulgaris an der Haut der Nase und den angrenzenden Wangen. Die bis erbsengroßen, halbkugelig



oder kegelförmig sich erhebenden, dunkelroten, oberflächlich meist glatten Knoten stehen im Bereiche der Nasenspitze dicht aggregiert, so daß diese knopfartig verbreitert und grobhöckerig erscheint, im übrigen meist isoliert; sie alle tragen an ihrer Kuppe eine eitrige Pustel, sind mäßig derb und hinterlassen bei Anämisierung nirgends irgendwelche von der Umgebung sich abhebende Verfärbung, keinen Lupusfleck. Stellenweise an der Nasenspitze sieht man Krustenauflagerungen an Stelle der Pustelbildung und unter diesen feinwarzige Beschaffenheit der Oberfläche. An der linken Nasolabialfalte zwei bohnengroße, tief sitzende, im Zentrum erweichte Knoten mit lividen, verdünnten, stellenweise bereits perforierten Decken, kolliquative Tuberkuloseherde. Histologisch zeigt ein exzidiertes Knötchen in seiner Axe einen erkrankten Follikel mit eitrig imbibierten, ödematösen, stellenweise zerfallenden Wandungen, Erweiterung des Trichters und intrafollikuläre Abszeßbildung; vom Deckepithel der Umgebung ausgehende, zapfenförmig und dendritisch sich verzweigende Epithelwucherungen. Papillarkörper und Kutis sind eingenommen von einem kuchenförmigen, nach unten sich scharf absetzenden und bis in die Höhe der Schweißdrüsen herabreichenden, gut vaskularisierten Granulationsgewebe, das reich ist an Epitheloidzellen, vielfach in auffallend radiärer Anordnung und mäßig zahlreichen Riesenzellen, meist vom Typus Langhans und öfters in nesterartiger Anhäufung; wohlausgebildete Knötchen fehlen jedoch ebenso wie Verkäsungen oder deutliche nekrobiotische Vorgänge. An der Schleimhaut der Nase ausgedehnte Lupusinfiltrate, am knorpeligen Septum ein perforierendes Ulkus, Lungenphthise. Anfälle von Nierenblutungen ohne bazillären Befund im Sediment.

2. Einen 50jährigen, kräftig gebauten Mann, bei dem sich seit 3 Wochen, anfänglich unter deutlichen Allgemeinerscheinungen, wie Abgeschlagenheit, Kopfschmerzen, Krankheitsgefühl, ein eigentümlicher Knötchenausschlag entwickelt hat. Patient ist seit wenigen Tagen in Beobachtung, die histologische Untersuchung noch ausständig, eine bestimmte Diagnosenstellung derzeit nicht möglich; da sich aber bereits deutliche Involutionserscheinungen bemerkbar machen, wird der Kranke des hohen klinischen Interesses wegen vorgestellt. Bei flüchtiger Betrachtung zeigt das Exanthem, das sich aus glatten, schuppenden, pustulösen, verkrusteten, nekrotisierenden bzw. ulzerösen Knötchen von zumeist hämorrhagischem Charakter zusammensetzt, die weitgehendste Ähnlichkeit mit einem polymorphen Syphilid maligner Form, eine Diagnose, zu der man um so eher

verleitet wird, als universelle Drüsenschwellungen bestehen, wie sie vollkommen jenen bei rezenter Syphilis entsprechen. Eine genauere Betrachtung dieser regellos disseminierten Knötchen, die zahlreich und dicht in den beiden Hüften, an den Beugeflächen der Ober- und Unterextremitäten, weniger zahlreich an ihren Streckflächen, spärlich an der Haut des Bauches und Penis sitzen, läßt diese Annahme jedoch mit Sicherheit ausschließen. Die anfänglich rosaroten, mäßig derben, wenig erhabenen Knötchen nehmen rasch eine dunkelrote bis weinrote Färbung an, erreichen die Größe einer Erbse, sind an ihrer gut umschriebenen Basis rundlich, öfters noch ovalär, später flachkugelig erhaben, mit erhaltener, stärker ausgeprägter Oberflächenfelderung und dann etwas glitzernd; an anderen wird die Oberhaut durch serös-eitriges Exsudat zu einer flachen Blase emporgehoben. die kaum einen schmalen dunkelroten Randsaum freiläßt, an anderen ist der Blaseninhalt blutig, fast durchwegs im Bereiche der Unterextremitäten. Sie vertrocknen rasch zu gelblich-braunen bzw. schwarzen Krusten und Borken. Und nicht spärlich ist die Zahl jener Effloreszenzen, an denen es zur Bildung lederartig trockener, schwarzer, überall noch festhaftender, anscheinend relativ tief reichender Gewebsnekrosen gekommen ist, deren Randpartien auffallend geringe entzündliche Reaktion zeigen. Sehr charakteristische Involutionsvorgänge zeigten binnen wenigen Tagen eine Reihe kleinerer Knötchen, bei denen die exsudativ-hämorrhagischen Vergänge weniger in Erscheinung traten. Diese sinken sehr rasch zusammen, werden blaß-braun und die sie bedeckende Oberhaut läßt sich als zusammenhängender Deckel, der öfters im Zentrum infolge eines eingelagerten Krüstchens verdickt erscheint, leicht ablösen (Oblatensiegel). Die darunter befindliche Basis zeigt eine zarte, blaßrote, nur in der Mitte lebhaft gerötete, feuchte Erosion, mitunter mehrere schwarze, kleinsten Hämorrhagien entsprechende Punkte, aber keine Spur einer Infiltration. Oder aber die Basis erscheint unter dem Schuppendeckel blaß, trocken, etwas schilfernd, umrandet von einer Epidermisfranse. Auch die Basis der verborkten Effloreszenzen ist nicht infiltriert und zeigt gegen das Zentrum zu sich vertiefende, mäßige Substanzverluste, von dem Aussehen einfacher Exkoriationen etwa. Diese morphologischen Charaktere deuten auf eine nahe Verwandtschaft des Exanthems zur P i t y r i a s i s l i c h e n o i d e s c h r o n i c a, eine Annahme, die gegenwärtig, ohne histologische Untersuchung, nur vermutungsweise gemacht werden soll, um so mehr, als stärkere exsudativ-hämorrhagische



und nekrotisierende Vorgänge bei diesem Krankheitsbild bisher meines Wissens nicht bekannt sind. Die Schleimhäute sind unverändert, an den inneren Organen keine Störungen, das Blutbild ist normal, daher eine leukämische Dermatose ausgeschlossen. Wa. negativ, desgleichen wiederholte Spirochätenuntersuchungen des Blaseninhaltes. Das Exanthem juckt nicht.

Kyrle. In der Festschrift für Finger ist von Mucha ein Fall publiziert, der dem hier demonstrierten absolut gleicht. Auf Grund langwährender klinischer Beobachtung sowie anatomisch-histologischer Untersuchung reiht Mucha die Dermatose ebenso wie Rusch in die Gruppe der Parapsoriasis bzw. Pityriasis lichenoides chronica ein.

Kyrle demonstriert aus der Klinik Finger einen 22j. Pat. mit außerordentlich reichlich entwickelten Herden von Boeckschem Lupoid. Es handelt sich durchaus um den kleinknotigen und diffus infiltrierenden Typus des Krankheitsbildes. Sehr intensiv betroffen ist das Gesicht des Pat.; die Infiltrate sind hier miteinander konfluiert, so daß die Gesichtshaut gleichmäßig verändert erscheint. Vielfach sieht man schon zentrale Rückbildung an den Herden, z. T. bereits Atrophien im Zentrum. Streckseiten der oberen und unteren Extremitäten sind gleichfalls übervoll besetzt mit verschieden großen, braungelben, infiltrierten Scheiben. Auch in der Glutäalgegend beiderseits finden sich reichlich Effloreszenzen in verschiedener Größe. Die histologische Untersuchung zahlreicher exzidierter Hautstellen im Krankheitsbereich ergibt überall das gleiche, für die Diagnose „Boecksches Lupoid" so überaus charakteristische Bild: umschriebene Anhäufungen von epitheloiden Zellen mit spärlichen Riesenzellen, Mangel der entzündlichen Randzone.

Kerl demonstriert aus der Klinik Hofrat Riehl:

1. Eine 23jährige Patientin mit typischen Residuen nach Röntgendermatitis auf der Nase, an den Seitenpartien der Wange und der Oberlippe. Die Nasenflügel zeigen beiderseits Absumption. Die Röntgentherapie wurde seinerzeit wegen Lupus vulgaris vorgenommen. Derzeit besteht im Gesicht kein Rezidiv, jedoch findet man am Zahnfleisch des Oberkiefers, entsprechend den beiden linksseitigen Schneidezähnen und dem linken Eckzahn, die Schleimhaut gerötet, grobhöckerig, die Oberfläche zeigt ein himbeerähnliches Aussehen. Die Veränderungen grenzen sich recht scharf ab, insbesonders an den Randpartien sind deutlich hirsekorngroße, weiche, matsche, leicht blutende Knötchen nachweisbar. Es handelt sich um einen typischen Lupus vulgaris der Mundschleimhaut, der nun-

mehr der Radiumbehandlung zugeführt wird. Die Affektion des Zahnfleisches besteht seit 5 Jahren.

2. Eine 27jähr. Pat. mit einem makulösen Exanthem in der Gelenksbeuge der oberen Extremitäten, sowie in den Kniekehlen beiderseits. Die einzelnen Effloreszenzen, die sich scharf abgrenzen, sind linsen- bis bohnengroß und stellen blaurote Flecke dar, bei denen ein Infiltrat in keiner Weise nachweisbar erscheint. An der Nasenspitze der Pat. fand sich zur Zeit der Aufnahme ein unter kronenstückgroßer Herd, in dessen Bereich die Follikel erweitert waren und z. T. geringe fettige Schuppenauflagerung bestand. Die Ränder zeigten blasses Rot. Nunmehr sind die Erscheinungen wohl unter Therapie beträchtlich zurückgegangen, jedoch ist die Affektion immer noch zufolge der klinischen Erscheinungen — obwohl Atrophie fehlt — als Lupus erythematosus mit Sicherheit anzusprechen. Mit Rücksicht auf die Beständigkeit der Erscheinungen an den Extremitäten wird die Affektion daselbst mit dem Lupus erythematosus in Zusammenhang gebracht.

3. Eine 22jährige Pat., an deren Fingern, insbesonders an der Streckseite, vereinzelte, äußerst derbe, ungefähr stecknadelkopfgroße, tief gelegene Knötchen nachzuweisen sind. Dazwischen sieht man einzelne zirkumskripte, kleine, schüsselförmige Narben, z. T. livid gefärbt, z. T. blaß. Die längere Beobachtung ergibt, daß die Knötchen ohne starke Entzündungserscheinungen allmählich zum Zerfall kommen und nach Abheilen die früher genannten Narben resultieren. Die Affektion ist als papulo-nekrotisches Tuberkulid anzusprechen. Bemerkenswert ist, daß die Patientin gleichzeitig einen nunmehr durch Therapie zur Heilung gebrachten Lupus erythematosus aufweist, während an der rechten unteren Extremität einzelne Herde bestanden, die klinisch dem Lupus erythematosus ähnelten, sich histologisch aber als zartes tuberkulöses Infiltrat erwiesen.

4. Eine 54jährige Patientin, deren Leiden vor 4 Jahren begann. Sie stand wiederholt wegen Ekzem der Mamilla in ärztlicher Behandlung. Nunmehr sieht man die linke Mamilla vollständig absumbiert, die Stelle ein wenig eingezogen, am Rand eine ziemlich derbe Zone. Entzündungserscheinungen fehlen in der Umgebung vollständig. In der linken Axilla, an der Thoraxwand ist eine über haselnußgroße, derbe, harte Drüse. Die Wassermann-Untersuchung ergab ein positives Resultat. Entsprechend der Konsistenz der Affektion wurde die Diagnose auf ein Paget gestellt und die Diagnose durch die histologische Untersuchung bestätigt. Das histologische Bild zeigt, daß

es sich um ein Neoplasma noch in den frühesten Anfangsstadien handelt.

Kren fragt, ob im vorliegenden Falle histologisch ein reines Karzinom der Haut vorliegt oder ob das Krankheitsbild auch histologisch dem Pagets disease entspricht, da man bei letzterem doch fast stets einen subepidermoidalen breiten Entzündungssaum sieht, während das Epithel nicht so sehr eine Tiefenwucherung als vielmehr ein Breitenwachstum aufweist.

6. Einen 36jähr. Zugsführer mit einer über handtellergroßen Sklerodermie en plaque an der Vorderseite des Oberschenkels, die angeblich vor $^3/_4$ Jahren allmählich zur Entwicklung kam.

6. Zwei Fälle von Bromoderm an den Unterschenkeln u. zw. bei einem 19jähr. Mädchen und einem 15jähr. Knaben, die beide wegen nervöser Störungen seit langem Brompräparate intern anwandten. Bei dem Knaben findet man außer dem Bromoderm am Unterschenkel reichlich Bromakne im Gesicht und an der Vorderseite des Stammes.

7. Einen 4jähr. Knaben mit ausgedehnter Ichthyosis serpentina. Der Fall ist wegen der Lokalisation der Erkrankung bemerkenswert, es erscheint vorwiegend der Stamm und das Gesicht befallen, die Extremitäten nur in geringem Grade. Die unteren Partien des Rumpfes ebenso wie die oberen Anteile des Oberschenkels sind schwimmhosenartig ausgespart. Hohlhände und Fußsohlen sind gleichfalls im Sinne einer Ichthyosis verändert.

8. Eine 58jähr. Pat. mit einem ausgedehnten Xeroderma pigmentosum Kaposi. Die Erkrankung begann in frühester Jugend. Die übrigen 8 Geschwister der Pat. hatten vollständig normale Haut. Die Pat. selbst zeigt nunmehr Hautveränderungen in Form von Pigmentierung, fleckförmiger Atrophie, Gefäßektasien nicht nur im Gesicht und an den Händen, sondern auch an den bedeckt getragenen Körperstellen, in der Bauchgegend, Glutäalgegend. An letzterer Stelle sind die Veränderungen vielleicht noch stärker als an den unbedeckten Körperstellen. An den Füßen sind gleichfalls Veränderungen im Sinne eines Xeroderma pigmentosum Kaposi, an Intensität gleich wie an den oberen Extremitäten, vorhanden. Eine stärkere Belichtung an den unteren Extremitäten ist auszuschließen, da die Pat. angibt, wegen besonderer Empfindlichkeit der Haut an den unteren Extremitäten nie barfuß gelaufen zu sein. In letzter Zeit sind auch zahlreiche Schwielen, Hauthörner und an einer Stelle ein Epitheliom von auffallend gutartigem Verlauf zur Entwicklung gekommen. In der Lokalisation liegt ein Hinweis, die Ursache der Affektion nicht in der Einwirkung der ultravioletten Strahlen der Sonne




zu suchen, wenngleich auch die Förderung des Krankheitsbildes durch diese nicht geleugnet werden soll.

Kren demonstriert:

1. Einen 43jähr. Telegraphisten, bei dem seit 2 Jahren neben einer ziemlich ausgebreiteten Vitiligo eine jetzt allerdings im Abklingen befindliche Dermatitis herpetiformis besteht. Die Diagnose der letzteren ist jetzt schon infolge der Sonnenbestrahlung schwierig, da nur mehr vereinzelte eingetrocknete Blasen bestehen, die über beiden Ellenbogen und der Kreuzbeingegend lokalisiert sind.

2. Einen 60jähr. Hilfsarbeiter, der über beiden Knien und über beiden Fußrücken und Knöchelgegenden das klassische Bild der Atrophia cutis idiopathica aufweist und außerdem große Plaques von Lupus erythematodes discoides zeigt, die besonders durch die Lokalisation auffallend sind. Vor 4 Jahren begann in der Kreuzbeingegend eine scharfrandige, mit Schuppen bedeckte entzündliche Plaque sich zu entwickeln, die den Eindruck einer Psoriasis machte. Diese Plaque zog im weiteren Verlauf der Erkrankung über das Perineum nach vorne und entwickelte sich in der rechten Genitofemoralgegend zu einer über handtellergroßen, äußerst scharfrandigen, hellrosaroten Entzündungserscheinung, welche zentral sehr bald atrophische Veränderungen aufwies. Durch neu hinzugekommene, viele kleine, disseminierte Erythematodesherde im Gesicht erst wurde das Krankheitsbild klar. Heute bestehen neben den erwähnten Erscheinungen noch eine über fünfkronengroße Erythematodesplaque in der linken Sitzknorrengegend und am rechten Fußrücken in der durch idiopathische Atrophie veränderten Haut. Bemerkenswert scheint noch die sehr stark ausgesprochene epitheliale Verdickung mit tiefen, schmerzhaften Rhagaden in der Rima analis.

3. Einen neunjährigen Jungen, der zu Beginn 1915 mit einem Ausschlage erkrankt ist, der einer Varizella ähnlich gesehen haben soll. Damals erfolgte Aufnahme ins Infektions-Spital. Schon nach 2 Tagen wurde das Kind aber an die Klinik Riehl transferiert. Dort konnte eine Diagnose mit Sicherheit nicht gestellt werden und der Junge wurde nach 1 monatlichem Klinikaufenthalt mit der Wahrscheinlichkeitsdiagnose einer Psoriasis entlassen. Zu Hause verschlimmerte sich das Bild rasch und Ende März erfolgte die Aufnahme an meine Abteilung.

Das Kind ist jetzt universell krank. Zur Zeit der Aufnahme bestand noch in ca. Handtellergröße am rechten Unterschenkel eine Partie, die noch nicht befallen war

und in welcher es möglich war, die Entwicklungen der Primärerscheinungen zu studieren. Diese bestanden in blaßrosaroten. vielfach follikulär stehenden Knötchen, deren Größenverhältnisse von Hirse- bis Kleinhanfkorngröße schwankten. Die Oberfläche war meist plan, stellenweise war diese plane Abflachung leicht polygonal und im Zentrum leicht deprimiert, so daß die Knötchen am ehesten Lichenknötchen glichen. Die Konsistenz war nicht sehr derb. Durch Vermehrung dieser Effloreszenzen vom Rande her und schließlicher Konfluenz wurde der ehemals noch gesunde Fleck immermehr eingeengt und ging schließlich in der universellen Hautveränderung auf.

Man sieht nun die Haut universell gelblichrosarot, infiltriert, ziemlich gespannt, glatt, aber nirgends lichenifiziert. Über der ganzen Dermatitis besteht eine dünnblättrige, deutlichst dachziegelförmig angeordnete Schuppung, die in ihrer Längsrichtung der Spaltrichtung der Haut folgt. Nirgends bestehen Nässen. Im Gesicht hat die Haut-Infiltration und Spannung zu einem deutlichen Ektropium geführt. Die Nägel sind nicht erkrankt. Die Fingerbeeren sind trocken und oberflächlich etwas rissig. Ebenso die Hohlhände. Mundschleimhaut ist frei. Drüsenschwellungen bestehen nicht. Mazeriert man durch Umschläge die Horn-Lamellen z. B. des Vorderarmes ab, so ist die Haut darunter glatt gelblichrot, zeigt nur ganz wenige Lanugohaare und läßt die einzelnen Follikel als deutlich glanzlose Grübchen in der sonst glänzenden Haut zurück. Am nächsten Tag schon sieht man, wie in der leicht pergamentartig veränderten Haut die Follikel sich mit Hornmassen füllen. Wenn aus dem eben Demonstrierten es auch gewiß sehr schwer fällt, mit Sicherheit zu einer Diagnose zu gelangen (die mikroskopische Untersuchung der frischesten Effloreszenzen zeigte nur leichtes perivaskuläres Infiltrat), so dürfte es doch am wahrscheinlichsten sein, daß es sich im vorliegenden Falle um einen L i c h e n r u b e r a c u m i n a t u s handelt, der allerdings von den klassischen Fällen abweicht. So fehlt hier vor allem das lachsfarbene Kolorit, die derbe trockene Infiltration mit der reibeisenartigen Oberfläche. Die Erkrankung der Hohlhände, Fußsohlen, sowie die Erkrankung der Nägel fehlt derzeit noch vollständig.

4. Eine 32jährige Schaffnerin, die erst seit 3 Wochen erkrankt ist und ein Exanthem zeigt, das auffallende Ähnlichkeit mit einer Roseola luetica aufweist. Sogar ein Leukoderm scheint nicht zu fehlen. Bei genauerer Betrachtung jedoch erkennt man, daß die Primär-Efflores-



zenzen aus rosaroten Flecken oder blaßgelblichroten Knötchen sich aufbauen, von denen die ersteren sehr bald zu scheibenförmigen etwas über linsengroßen schuppenden Fleckchen sich heranbilden. Das Bild ist in der Verschiedenheit der Einzeln-Effloreszenzen ziemlich polymorph. Einzelne Knötchen zeigen auch kleine Hämorrhagien. Hände, Gesicht und Mundschleimhaut sind frei. Es besteht kein Jucken. Was die leukodermähnlichen Erscheinungen am Hals anlangt, so sind sie durch Insolation der Effloreszenzen mit nachträglichem Schwund der Knötchen entstanden. Die Blutuntersuchung nach Wassermann (einigemale durchgeführt) ergab stets negatives Resultat. Es handelt sich um eine Pityriasis lichenoides chronica, wie sie früher öfters mit luetischer Roseola verwechselt worden ist.

Rusch. Die Erkrankungen von Pityriasis lichenoides gelangen vorwiegend in vorgeschrittenem Stadium zur Beobachtung. Wenig bekannt ist der Beginn der Affektion unter dem Bilde eines akuten Exanthems. In zwei Fällen meiner Beobachtung entwickelte sich dieses unter deutlichen Allgemeinerscheinungen, leichter Temperatursteigerung, Kopfschmerzen und bot zunächst das Aussehen eines rezenten makulösen bzw. makulo-papulösen Syphilids; überdies bestanden allgemeine Drüsenschwellungen. Nach 8—10 Tagen nahm das Exanthem das klassische Gepräge der Pityriasis lichenoides chronica an, um nach weiteren 10 Wochen spontan zu schwinden. Beide Beobachtungen wurden mit der Diagnose „Syphilis“ meiner Abteilung zugesendet.

5. Eine 70jährige Patientin mit einem über das ganze Gesicht greifenden Lupus erythematosus, der in Form einer violettroten fast plattenförmigen Infiltration am Unterkiefer und Nacken scharf abgrenzt, über der Nasenspitze die typischen schmutzig-grünlichen, festhaftenden, in erweiterten Follikeltrichtern verankerten Schuppenauflagerungen zeigt. Vor den Ohren beginnt der in diesem Falle nicht leicht zu diagnostizierende Prozeß bereits atrophisch zu werden.

Perutz stellt aus der Abteilung Ehrmann vor:

1. Einen Pat. mit papulonekrotischen Tuberkuliden an den Streckseiten der oberen und unteren Extremitäten. Teilweise frisch, z. T. findet man noch Narben nach dieser Erkrankung. An den Ohren und an den Fingern typische Lupus erythematodes-Effloreszenzen, in denen sich eingesprengt z. T. frische, z. T. schon in Abheilung begriffene papulonekrotische Tuberkulide (Chilblain-Lupus Hutchinson) befinden. Der Lungenbefund des Pat. bietet weder klinisch noch röntgenologisch Anhaltspunkte für eine tuberkulöse Erkrankung. Hingegen reagiert der Pat. auf eine subkutane Injektion von $^1/_{1000}$ *mg.* Altuberkulin deutlich lokal, sowohl an den Tuberkuliden als am Lupus



erythematodes und allgemein mit einer Höchsttemperatur von 37·8°.

2. Einen 16jährigen Pat., der an einer Parapsoriasis des Stammes, der oberen Extremitäten und des Oberschenkels leidet. Es befinden sich daselbst seit frühester Kindheit des Pat. flächenhafte, erbsen- bis bohnengroße, kleienförmig schuppende, disseminierte, rote Herde (nach Brocq Parapsoriasis en plaques).

3. Einen 30jährigen Soldaten mit einem typischen Morbus Recklinghausen. Außer den Veränderungen an der Haut (zahlreiche verschieden große Tumoren, die über die Haut prominieren, teils tiefer sitzende, als bläulich graue Flecken erscheinende Fibrome) finden sich Pigmentierungen in Form von Flecken und als größere pigmentierte Nävi. Interessant ist der Schädelbefund. Äußerlich ein leichter Schiefschädel von hydrozephalem Charakter, röntgenologisch sind kalkdichte Schatten im Bereiche der Sattelvertiefung der Sella turcica zu sehen. Außerdem hat der Pat. keinen Bartwuchs, keine Crines pubis und regionis axillaris.

Sitzung vom 28. Juni 1917.

Vorsitzender: Ehrmann. Schriftführer: Sachs.

Sachs: Nachruf für Dr. Karl Henning.

Rusch stellt den in der letzten Sitzung (24. Mai) demonstrierten Mann mit dem syphilisähnlichen, polymorphen Exanthem neuerdings vor, dessen klinisches Gepräge am ehesten noch die Zugehörigkeit zum Krankheitsbilde der Pityriasis lichenoides chronica wahrscheinlich macht. Die Affektion ist gegenwärtig, nach ca. 8wöchentlichem Bestand fast völlig abgeheilt, dort wo papulo-ulzeröse und papulo-nekrotische Effloreszenzen vorhanden waren, mit Hinterlassung zarter, rundlicher, von blaßbraunen Pigmenthöfen umgebener Närbchen. Nach Abstoßung der Nekrosen bestanden runde, scharfumschriebene, tiefe Substanzverluste, ganz wie bei Ectyma terebrans. Hie und da sieht man als Reste ehemaliger papulo-squamöser Effloreszenzen flache, zarte, am Rande sich abhebende, leicht ablösbare Schuppenschilder, unter denen die Haut unverändert erscheint, aufgepinselten Zelloidinhäutchen vergleichbar. Die allgemeinen Drüsenschwellungen sind nahezu zurückgegangen. Auch die histologischen Untersuchungsergebnisse stehen mit obiger Auffassung nicht im Widerspruch. Identisch mit den Veränderungen bei Pityriasis lichenoides ist der anatomische Befund an den einfach schuppenden Knötchen. Beträchtliches

Ödem des Rete, Erweiterung der intrazellulären Spalträume des Rete, besonders der Basalzellenschichte, aber auch intrazelluläre Vakuolisierung, schlechte Färbbarkeit der Kerne im Zentrum der Knötchen überdies stärkere Verhornung und Krustenbildung; lymphozytäre Infiltration um die hyperämischen Gefäße des gleichfalls ödematösen Papillarkörpers; auch im Rete zahlreiche Wanderkörperchen. An den hämorrhagischen, papulo-vesikulösen Effloreszenzen ist die Exsudation besonders ausgeprägt und als Folge zahlreiche, zierliche, nebeneinander gelagerte Hohlräume im Rete festzustellen, Verdrängungsbläschen, die mit einem Fibrinnetz erfüllt sind und wechselnde Mengen von Zellen enthalten. Neben lymphozytären und zahlreichen leukozytären Elementen überwiegen meist Erythrozyten, die in großer Menge schwarmartig auch das übrige Rete und den Papillarkörper erfüllen. Im Zentrum der Effloreszenz überdies Borkenbildung und weitgehende nekrotische Vorgänge am Rete und im Papillarkörper, die sich in einer auffallend schlechten Färbbarkeit der Kerne dokumentieren. Unschwer erklärt sich aus solchen Befunden, die auf das Vorhandensein einer heftigen, hämorrhagisch-exsudativen Entzündungsform hindeuten, die an vereinzelten Knötchen offenbar sehr rasch einsetzende umfangreiche, trockene Nekrosenbildung. Der unter Allgemeinerscheinungen einsetzende Beginn, der akute, mit spontaner Abheilung endende Verlauf der exanthemartig sich ausbreitenden Eruption im Zusammenhang mit den allgemeinen Drüsenschwellungen legt es nahe, an eine hämatogen entstehende Hautaffektion möglicherweise infektiösen Ursprungs zu denken. Auch die in der letzten Sitzung erwähnten Beobachtungen von Pityriasis lichenoides (siehe Diskussionsbemerkung zu Krens Fall) würden einer solchen Auffassung sehr entgegenkommen. Späteren Untersuchungen bleibt es vorbehalten zu entscheiden, ob es sich in solchen Fällen um eine akut verlaufende Varietät der Pityriasis lichenoides chronica handelt, oder um eine von dieser Affektion verschiedene Dermatose.

2. eine 56jährige Frau mit idiopathischer Hautatrophie an den Streckflächen der Ober- und Unterextremitäten, vornehmlich linkerseits und einschließlich der Nates. Im Bereiche des linken Unterschenkels sklerodermieähnliche Veränderungen am Bindegewebe. Unabhängig von dieser Affektion besteht eine Purpura rheumatica mit zahlreichen, auf die Unterextremitäten sich beschränkenden Hämorrhagien, die bei Bettruhe verschwinden, beim Herumgehen exazerbieren („orthostatische Purpura"). Latente Lungenphthise.



3. einen 63jährigen Mann mit geschwulstartiger Vergrößerung der Zunge, bedingt durch tief im Zungenkörper sitzende agglomerierte, derbe, im Zentrum eitrig zerfallende Knoten. Die histologische Untersuchung ergibt Tuberkulose, demnach kalte Abszesse des Zungenkörpers.

4. eine 40jährige Frau mit karzinomatösen Lymphbahnmetastasen an der Haut über der linken Mammagegend; vor 3 Monaten Amputatio mammae.

Sachs demonstriert aus der II. Abteilung des k. u. k. Garnisonsspitales Nr. 2:

1. Einen 28 Jahre alten Pat. mit einem Naevus vasculosus der rechten oberen Extremität sowie der angrenzenden Teile der rechten Schulterblatt- sowie rechten Mamillargegend. Die ganze obere Extremität sowie auch die Hand zeigt im Vergleich zur linken oberen Extremität eine Zunahme des Umfanges in der Ellbogenbeuge z. B. 30:25. Die Finger sind gleichfalls verdickt. Die Röntgendurchleuchtung ergab keine Verdickung des Knochens gegenüber denen der linken oberen Extremität. Die Volumszunahme der rechten oberen Extremität ist mit größter Wahrscheinlichkeit auf eine Gewebshyperplasie vorwiegend der Haut und der Venen zurückzuführen. Zweifelsohne gehört diese ganze Veränderung — Naevus vasculosus, Hyperplasie der Venen, Volumszunahme der Extremität — in die große Gruppe der Naevi und ist als Mißbildung aufzufassen.

Riehl. Die Mitbeteiligung tiefer gelegener Weichteile bei Naevus vasculosus ist nicht selten zu beobachten, wie z. B. an den Wangen und Lippen, wo solche Nävi mit bedeutenden Gewebsverdickungen von der Haut zur Schleimhaut reichen. Einen über die ganze linke Körperhälfte ausgebreiteten Naevus vasculosus hat R. an der Leiche einer jungen Frau genauer zu untersuchen Gelegenheit gehabt. Haut, Faszien, Muskel, Gefäß- und Nervenscheiden und selbst das Periost waren am Nävus beteiligt, der auch in den Wirbelkörpern nachweisbar gewesen ist. Blut- und Lymphgefäße sind nicht selten an den Mißbildungen größerer Körperabschnitte (angeborene Hypertrophie etc.) beteiligt.

2. Einen 29 Jahre alten Patienten mit einer auf der linken Thoraxhälfte lokalisierten, serpiginös fortschreitenden, in den zentralen Partien mit narbiger Atrophie abheilenden Affektion, welche — Wassermann positiv — differentialdiagnostisch Schwierigkeiten zwischen Lues und Lupus vulgaris serpiginosus bereitet, zumal der Patient an beiden Gesäßbacken ein Krankheitsbild darbietet, welches mit Rücksicht auf den klinischen und histologischen Befund als sicherer Lupus vulgaris anzusprechen ist. Die Einleitung einer antiluetischen Therapie wird wohl erweisen, ob die Affektion sich zurückbilden wird oder nicht.



3. Einen 21 Jahre alten Infanteristen, welcher seit einem Jahre ein starres, kronengroßes Infiltrat am linken Nasenflügel und um den linken Naseneingang zeigt. Narbig geheilter Defekt des Zäpfchens und eines etwa 3 *mm* breiten Randes des rechten weichen Gaumens. Kehldeckel scharlachrot gefärbt, durch ein starres Infiltrat verdickt, rechts auf das Dreifache, links auf das Fünffache der normalen Dicke. Infiltrat der linken aryepiglottischen Falte, auf dieser ein hirsekorngroßes, mit unterminierten Rändern versehenes Geschwür, Stimmbänder normal. Atrophie der Schleimhaut der hinteren Pharynxwand (Oberstabsarzt Prof. Dr. Alexander). Die Injektion von 1 *mg* Alttuberkulin, nach 10 Tagen von 5 *mg* Alttuberkulin ergab jedesmal außer einer mit einer Temperatursteigerung bis 38·3 einhergehenden Allgemeinreaktion, Schwellung und Rötung an der Injektionsstelle, sowie deutliche Schwellung und Rötung mit lividem Farbenton des linken Nasenflügels. Wassermann negativ. Lungenbefund, soweit klinisch feststellbar, normal. Die histologische Untersuchung zeigt ein in Nestern angeordnetes Zellinfiltrat mit reichlichen Riesenzellen und spärlichen Epitheloidzellen. Unterhalb dieser Nester breitet sich ein gefäßreiches Granulationsgewebe aus, die Papillen sind abgeflacht, zwischen Epidermis und den Zellnestern läuft ein Streifen von Bindegewebe. Wenngleich zugegeben werden muß, daß im histologischen Bilde namentlich das atypische Aussehen der Riesenzellen, sowie das gefäßreiche Granulationsgewebe nicht recht zum Bilde des Lupus vulgaris passen, so wäre ich doch noch am ehesten geneigt, dieses Krankheitsbild als Lupus vulgaris in seiner infiltrierenden Form aufzufassen und einer Spielart desselben, dem Lupus pernio, zuzuzählen.

4. Einen 26 Jahre alten Infanteristen, bei welchem sich im Anschlusse an eine im Jahre 1913 akquirierte Gonorrhoe, die seither immer wieder rezidivierte, eine Schwellung beider Kniegelenke, des rechten Ellbogen- und Schultergelenkes entwickelte. Seit drei Monaten trat angeblich im Anschlusse an eine Erkältung eine mit massigen, gelblichweißen Schuppen einhergehende Veränderung an den Fußsohlen und an den Zehen derselben auf. Beim Abkratzen der Schuppen läßt sich keine für Psoriasis charakteristische Blutung nachweisen. Die Schuppenbildung ist eine massige und diffuse, außer dieser sind sowohl an der Fußsohle als auch auf dem Fußrücken einzelstehende, gelblichrote Herde von Linsen- bis Einkronenstückgröße mit oder ohne Schuppen bedeckt und ohne roten Hof zu sehen. Die Zehennägel sind gleichfalls mitergriffen, sind schmutziggrau, trocken und

brüchig; außerdem besteht eine subunguale Hyperkeratose. Wassermann negativ. Im Urethral- und Prostatasekret keine Gonokokken, Eiterkörperchen, es besteht eine chronische Urethritis totalis und Prostatitis. Die Hauterkrankung an beiden Fußsohlen, Zehen und Fingernägel ist eine Hyperkeratose, welche im Anschlusse an die seit vier Jahren bestehende Gonorrhoe, sowie auf die seit einem Jahre vorhandenen Gelenksschwellungen aufgetreten ist. Beim ersten Anblick ist natürlich die Diagnose einer Psoriasis arthropathique zu stellen. Alle für Psoriasis in Betracht kommenden Prädilektionsstellen sind frei, nichtsdestoweniger wäre ich nicht abgeneigt, allerdings mit aller gebotenen Vorsicht, diese Hyperkeratose als eine gonorrhoische Hyperkeratose (Buschke) aufzufassen. Wenngleich ich nicht in der Lage bin, ein oder mehrere Argumente, welche für den Zusammenhang von Gonorrhoe und Hyperkeratose sprechen, anzuführen, wie z. B. Gonokokkenbefund im Urethral- und Prostatasekret, Gonokokkennachweis im Blut, histologische Untersuchung sowie Komplementbindungsreaktion, so wäre ich doch geneigt, u. zw. mit Rücksicht auf die vollständige Übereinstimmung meines Falles mit denen von Buschke sowohl was Beschreibung als auch Abbildung anlangt, ferner der klinische Verlauf, Gonorrhoe, Gelenksaffektionen und Hyperkeratose, sowie die morgendlichen Temperatursteigerungen auf ein gemeinsames ursächliches Moment — die gonorrhoische Infektion — zu beziehen. Es ist meines Wissens der erste Fall, der in dieser Gesellschaft demonstriert wurde. Ich will aber ohneweiters zugeben, das prima vista das Krankheitsbild einer Psoriasis arthropathique sehr ähnelt und die Hyperkeratose als eine Trophoneurose aufzufassen wäre.

Nobl möchte die Veränderungen jenen an die Seite stellen, welche als Atypien der Psoriasis in Geltung stehen Es handelt sich um jene, mit stärkeren exsudativen Vorgängen einhergehende Formen, welche weder die Lieblingsstandorte einhalten, noch die gewohnten Verhornungserscheinungen darbieten. Gerade an Händen und Füßen findet man in solchen Fällen die Erscheinungen am intensivsten ausgeprägt. Man kann den Zustand nicht ohne weiters als Hyperkeratose auslegen, schon die starke Transparenz, wie auch die bröcklige, weiche Beschaffenheit der gelblichen, in Abstoßung begriffenen Epithelmassen, weisen zwingend auf stärkere Durchfeuchtung hin. Die gleichzeitig bestehende Gelenkserkrankung kann die psoriatische Natur des Prozesses nur bestens erhärten. Solche exsudative Psoriasistypen wurden von Volk aus der Klinik Riehl mitgeteilt. Nobl sah ähnliche Reizformen in auffallender Häufigkeit mit Arthropathien einhergehen, eine sicher ätiologisch bedingte Koinzidenz, die ja auch von Franzosen, von Waelsch, Jadassohn, Adrian u. a. beobachtet wurde. Bemerkenswert erscheint, daß unter den bisher als „Keratosis blennorrhagica" definierten Fällen viele figurieren, bei welchen sich der Hautzustand gleichfalls an Arthritiden anschloß.

Kren schließt sich vollinhaltlich der Meinung des Herrn Nobl an und hält den Fall für einen jener atypischen exsudativen Psoriasis-Fälle, die oftmals mit einzelstehenden oder auch mit konfluenten Bläschen beginnen, welche dann an den Endphalangen der Finger, eventuell auch an den Zehen eine scheinbar scharfrandige Dermatitis zeigen, die mit Krustenauflagerungen bedeckt ist.

Volk weist darauf hin, daß nebst gewissen morphologischen Eigentümlichkeiten Buschke das Charakteristische für seine Fälle im Rezidivieren der Hauterkrankung bei neuerlichem Aufflammen der gonorrhoischen Erkrankung sieht. In vorliegendem Falle wäre dies ja der erste Affekt und schon deshalb die Diagnose nicht sicher. Auffallend ist jedenfalls, daß wir hier in Wien bisher noch keinen sicheren Fall von gonorrhoischer Hautaffektion gesehen haben, während sie bei Buschke nicht zu den größten Seltenheiten gehören. Es wäre unbedingt notwendig, vor allem den Nachweis der noch aktiven Gonorrhöe zu führen. Vielleicht gelänge es auch in den — wie Kollege Sachs erwähnt — aufschießenden Bläschen Gonokokken nachzuweisen. Ob der Gelenksprozeß im linken Kniegelenk als gonorrhoisch anzusprechen ist oder aber ob es sich um eine Arthropathie bei einem Psoriatiker handelt, könnte vielleicht dadurch entschieden werden, daß im ersteren Falle nach intravenöser Injektion von Gonokokkenvakzine eine lokale Reaktion aufträte. Der Fall ist übrigens auch als atypische Psoriasis interessant, da ja die ausschließliche Lokalisation an Palmae und Plantae zu den Seltenheiten gehört.

Riehl bemerkt, daß es gut wäre, das Resultat der histologischen Untersuchung abzuwarten. Der Eindruck, den die Veränderungen an der Haut des Fußes machen, spricht mehr für eine Parakeratose als für eine Hyperkeratose, ebenso die entzündliche Grundlage des Prozesses, der zeitweise mit Exsudationserscheinungen auftritt. R. schließt sich daher vorläufig, namentlich im Hinblick auf die gleichzeitige subunguale Affektion an den Fingern, der Ansicht der Vorredner an, daß es sich um atypische Psoriasis handle.

Sachs. Ich habe ja eingangs erwähnt, daß die Diagnose auf gonorrhoische Hyperkeratose (Buschke) durch keine positiven Beweise gesichert ist, daß differentialdiagnostisch Psoriasis arthropathique in Frage kommt und ich mit Rücksicht auf das klinische Bild und den Verlauf geneigt wäre, diese Hyperkeratose mit der Gonorrhoe in ätiologische Beziehung zu bringen. Über das Resultat der Komplementbindungsreaktion sowie der histologischen Untersuchung und den Effekt der spezifischen Vakzinetherapie (Arthigon, Gonargin) werde ich berichten.

5. Ein 17j. Mädchen mit einem auf dem rechten Unterschenkel, die Mitte desselben einnehmend, lokalisierten, nahezu rechteckig begrenzten, seit Jahresfrist bestehenden Erythema indurativum Bazin. In der Mitte dieses Erythems befinden sich zahlreiche Perforationsöffnungen, aus welchen sich ein dünnflüssiger, krümmliger Eiter entleert. Auf der rechten Halsseite befinden sich mehrere, vergrößerte, wenig schmerzhafte Lymphdrüsen. Pat. hat außerdem eine Sattelnase. Sonst keine Zeichen einer hereditären Lues. Wassermann negativ.

Volk erwähnt eine Beobachtung aus Przemysl, bei der unter dem Bilde eines Erythema induratum Bazin verlaufenden Affektion sich ein kleiner Granatsplitter in der Haut als Ursache fand, nach dessen Entfernung die Erkrankung glatt abheilte. Zwei ähnliche Fälle wurden an der Wiener Lupusheilstätte beobachtet.



Scherber demonstriert:

1. Eine 40jährige Frau mit den Erscheinungen eines Lichen ruber planus, dessen Effloreszenzen in Form einzelstehender Knötchen oder aggregierter Plaques nur an der Vorder- und Innenfläche des linken Oberschenkels, und hier besonders in der Haut über den varikösen, stark hervortretenden Venen, lokalisiert sind.

2. Eine 65jährige Frau, die vor ungefähr 10 Tagen in der Ambulanz der Abteilung erschien mit einer intensiven erysipelähnlichen Rötung und Schwellung des Gesichts. Die Schwellung ging zurück, die anfangs rein entzündlich, hellrote Verfärbung blaßte an einzelnen Stellen, so in der Mitte der Stirn, fast völlig ab, ging aber im Bereiche des ganzen übrigen Gesichtes, der Ohren und der angrenzenden Nacken- und Halspartien in eine leicht bräunlich-rote Verfärbung über; gleichzeitig bildeten sich an den Wangen, in der Haut hinter den Ohren zwar noch undeutlich begrenzte, jedoch sichtlich dicker infiltrierte, scheibenförmige Stellen aus, die zum Teil von dünnen, schmutziggrauen Epithelschuppen gedeckt sind. Es handelt sich um einen akuten Ausbruch eines Lupus erythematodes.

Kren demonstriert:

1. Eine 61jähr. Pfründnerin, die an der linken Schläfe einen 5kronenstückgroßen, blauvioletten, zentral leicht atrophischen Herd trägt, der ohne sekundäre Effloreszenzen vollständig im Niveau der Haut liegt, und dessen Diagnose sehr schwierig ist. Gleichzeitig bestehen an beiden Handrücken warzenähnliche, mit ziemlich dicken Horn-Auflagerungen versehene Herde, die durch Größerwerden an der Peripherie zu plateauartigen Plaques heranwachsen, die an der Oberfläche, besonders zentral ihre Horn-Auflagerung wieder abstoßen. Die frischesten Erscheinungen sind kleinerbsengroße, ziemlich exsudative Knoten, die peripher einen kleinen blauvioletten Ring tragen. Am Handgelenke 2 bohnengroße Plaques, die allerdings in ihrem jetzigen Aussehen an einem sehr exsudativen und dabei stark verhornenden Lichen ruber erinnern. Der ganze übrige Körper frei. Die Diagnose wäre fast unmöglich, wenn nicht an beiden Wangenschleimhäuten geradezu klassische Gemmen-Formen eines Lichen ruber planus bestünden.

2. eine 30jährige Frau mit einer hochgradigen universellen Sklerodermie, die erst seit 3 Jahren besteht, dabei schon auffallende schwere Veränderungen an der gesamten Hautdecke und auch der Muskulatur zu stande gebracht hat. Viele Gelenke stehen in Mittel-

stellung, so die Ellenbogen und zum Teil die Kniegelenke. Das Gesicht zeigt einen derartigen Schwund in seinen sämtlichen Fett-, Bindegewebs- und Muskel-Anteilen, so daß das Skelett des Schädels ganz mächtig in den Vordergrund tritt. Menses erst seit 3 Monaten vermindert. Von Innen-Organen die Thyreoidea scheinbar fehlend, Mammae substanzarm, Lävulose-Versuch negativ. Urin-Menge 600 mit spezifischem Gewicht von 1023. Apizitis. Pirquet: positiv.

Nobl demonstriert:

1. Ein mit Gefäßerweiterungen einhergehendes Lymphangiom bei einem 38jährigen Mann. An der rechten Sitzbacke sieht man an handtellergroßer Stelle einen vorgewölbten Herd, dessen medialen Anteil eine zartnarbige, stellenweise fein warzige Decke überkleidet, während die laterale Hälfte von Gruppen hirse- bis erbsengroßer, wasserklar durchsichtiger Bläschen eingenommen erscheint. Die derbwandigen blasigen Gebilde werden überdies noch von hirsegroßen, dunkelrotbraunen Knötchen durchmengt, deren unregelmäßig eingestreuten Bestände von angiomatös erweiterten Gefäßen durchsetzt sind und in einzelnen Bezirken warzig beschaffen emporragen. Die angeblich seit dem 6. Lebensjahr bestehende Geschwulst wurde vor mehreren Jahren im Garnisonsspital Mostar einfach abgekappt und die Wundfläche mit dem Glüheisen verschorft. Diesem Eingriffsfelde entspricht der narbige Anteil, in dessen Tiefe noch strangartige Formationen zu fühlen sind. Die transparente Aussaat soll erst nachträglich wieder zum Vorschein gekommen sein. Daß der Blasengrund der Lymphzysten vielfach von erweiterten Blutgefäßen ausgekleidet sein muß, geht schon aus der genauen Angabe des Kranken hervor, daß des öfteren einzelne Bläschen beim Bersten der Decke zunächst wasserklare Flüssigkeit austreten lassen, die zum Schluß Blutbeimengungen aufweist.

2. Einen Fall von Herpes zoster generalisatus. Der Ausbruch hat den 38jährigen Patienten ziemlich unvermittelt befallen. Die systemisierten, vielfach gangränösen Bläschengruppen übersäen in dichter Einstreuung den linken Schultergürtel, Arm und Hohlhand. Ein handtellergroßer Herd ist komplett brandig geworden. Bemerkenswert erscheint die reiche Aussaat der vielfach gangränösen Einzelblüten, die das Gesicht, Stirne, Kopfhaut, ferner den Nacken, den Stamm, den rechten Arm und die Lendengegend bedecken. Im Verlaufe der letzten Wochen hat Vortragender noch einen zweiten Fall der universellen Aussaat bei einer 60jährigen Frau zu beobachten Gelegenheit gehabt. Da spielten sich die initialen Erscheinungen im



ersten Trigeminusast links ab, wozu sich die minder dichte Einstreuung zugehöriger Effloreszenzen am Stamm hinzugesellte. Auch bei der Frau erwies sich der Hauptherd gangränös. Diese Wechselbeziehung zwischen schwerer Läsion im Ramifikationsbezirk einzelner Spinalganglien und der exanthematischen Ausstreuung ist ja seit langem bekannt und kam auch in allen Fällen zur Geltung, die Nobl hier zu demonstrieren oder literarisch zu verwerten Gelegenheit fand. Das stürmische, nicht zu selten von Fieber begleitete Einsetzen der entzündlichen Veränderungen zunächst im umgrenzten Nervengebiet und die im Anschluß manifest werdende Disseminierung läßt mit Sicherheit annehmen, daß die generalisierten Zosterformen ausnahmslos die infektiöse Ätiologie zur Voraussetzung haben.

Sachs erinnert an den von Zumbusch und Marburg publizierten Fall von Herpes zoster generalisatus und erwähnt die von diesen Autoren gefundenen histologischen Veränderungen im Rückenmark, in den Hinterhörnern, ähnlich wie bei Poliomyelitis anterior.

Ehrmann teilt einen Fall aus seiner Praxis mit, wo bei einem Ehepaare die Frau einen im Abklingen begriffenen Herpes zoster hatte, als plötzlich der Mann ein varizelliformes Exanthem am ganzen Körper bekam.

3. Die neuerdings angefertigten histologischen Präparate des Gesichtstumors von dem Fall, der in der letzten Sitzung als für Epitheliom verdächtig angesprochen wurde. Die Photographie zeigt den walnußgroßen exulzerierten Wangenknoten, die eingestellten Schnitte das Substrat eines verhornenden Plattenepithelkrebses. Die ursprüngliche Annahme einer malignen, aus degeneriertem Atheromgewebe hervorgegangenen Neubildung fand in der Gewebsuntersuchung keine Stütze, indem der bioptische Befund auf „chronisch-entzündliches Gewebe mit Epithelwucherung" lautete. Die Schnittreihen ergeben das einwandfreie Strukturbild des Krebses.

4. Eine mit Pseudofibromatose und Dermatosklerose kombinierte Form von Acrodermatitis atrophicans. Die Erscheinungen sind an den Beinen und Armen einer 58jährigen Frau lokalisiert; die bretthartе Verdickung sitzt am linken Unterschenkel. hier sind auch brandige, pflaumengroße Substanzverluste zu stande gekommen. Unter der extrem-atrophischen Kniedecke lagern haselnußgroße harte fibröse Knoten.

Riehl zeigt eine Frau mit kastaniengroßem ulzeriertem Tumor an der Nasenwurzel. Bei der Aufnahme waren lebhaft entzündliche Erscheinungen vorhanden, in der Mitte des Knotens ein nicht charakteristisches Geschwür. Die Untersuchung des Sekrets und Gewebssaftes ergab kein



positives Resultat, die Biopsie des Geschwürsrandes entzündliche Infiltration ohne Besonderheiten, so daß die Diagnose unklar blieb. Eine zweite Biopsie stellte fest, daß es sich um **Karzinom** handelt. Ein weiteres Beispiel dafür, daß man auch auf das Ergebnis einer Probeexzision hin nicht immer mit Sicherheit die Diagnose zu stellen vermag.

Kerl demonstriert aus der Klinik Riehl:

1. Einen 48jährigen Soldaten, bei dem vor 3 Monaten ein flacher Knoten zwischen den Schulterblättern allmählich und schmerzlos auftrat. Vor einem Monat bemerkte er zahlreiche Knoten an verschiedenen Stellen des Rückens und der Brust. Derzeit besteht ein handtellergroßer, flach prominenter, braunrot gefärbter, zum Teil mit Schuppen bedeckter, äußerst derber Knoten am Rücken. Die darüber liegende Haut vollständig mit dem plattenförmigen Infiltrat verschmolzen, zeigt aber zahlreiche, kleine, den Follikeln entsprechende, grübchenförmige Einziehungen, der Herd ist scheibenförmig und grenzt sich scharf ohne lebhaftere Entzündungserscheinungen von der Umgebung ab. Außer diesem zuerst aufgetretenen Herd findet man sowohl an der Vorderseite des Stammes als auch an der Rückseite zahlreiche Knoten, die, vorwiegend fast durchwegs im subkutanen Fett gelegen, mit der darüber ziehenden Haut nur im weiteren Wachstum verlöten. Auch bei dem großen Knoten ist die darüberziehende Haut nur in den mittleren Partien intensiver pigmentiert und bläulichrot verfärbt. Die Knoten sind auf Druck nirgends schmerzhaft. Lymphdrüsenschwellung in der Axilla mäßigen Grades. Die Drüsen sind unter Haselnußgröße, derb, nicht schmerzhaft. Kein Milztumor. Die Blutuntersuchung ergab 3200 Leukozyten. Im gefärbten Präparat kein wesentliches Abweichen von der Norm. Die Wassermann-Reaktion ergab ein negatives Resultat. Auf eine gering dosierte Radiumbestrahlung bildete sich ein Knoten über dem Sternum auffallend rasch und vollständig zurück. Das klinische Bild, die Entwicklung der Tumoren, entspricht in vieler Hinsicht der Mycosis fungoides d'emblée. Auffallend ist nur die besonders derbe Konsistenz der Knoten, sowie der tiefe Sitz der in jüngster Zeit entstandenen Tumoren. Zum Zweck einer histologischen Untersuchung wurde ein Knoten im Rücken exzidiert. Man sieht im Hämalaun-Eosin gefärbten Schnitt, daß der Tumor fast ausschließlich im subkutanen Fettgewebe gelegen ist. Der Knoten selbst wird von Bindegewebssträngen durchzogen. Die den Tumor aufbauenden Zellen infiltrieren stellenweise das Fettgewebe, während im großen und ganzen eine scharfe Abgrenzung nachzuweisen ist. Die Zellen selbst,



die den Tumor aufbauen, sind fast ausschließlich kleine, runde Zellen mit gut färbbaren Kernen. Das Bild ist ein ziemlich gleichförmiges und steht dieser Befund im Gegensatz zu der bei der Mycosis fungoides beschriebenen Polymorphie der Zellen. Zellaufbau sowie die Infiltration im Fettgewebe, die auffallend derbe Konsistenz und die derzeit vorhandene Benignität der Geschwülste entsprechen mehr den lymphatischen Neubildungen der Haut, wie sie als Lymphosarcomatosis cutis beschrieben sind.

2. Eine 32jährige Patientin, die, wie sie angibt, schon als Kind immer reichlich Wimmerln im Gesicht gehabt hat. In späterer Zeit traten solche Effloreszenzen auch hinter den Ohren auf und seit zirka 3 Jahren bemerkt sie das Auftreten weißer Flecke nach Abheilen der Effloreszenzen. Die Erscheinungen sind im Sommer intensiver. Man sieht bei der Patientin nunmehr im Gesicht, insbesonders an der Stirn, den seitlichen Partien der Schläfen und den Halspartien, unter den Ohren, zahlreiche, unregelmäßig zackig abgegrenzte, weiße Flecke, die nur an wenigen Stellen ganz leichte Zeichen einer Atrophie zeigen, während Narbenbildung fehlt. Dazwischen unregelmäßige Pigmentanhäufung. An frischen Effloreszenzen haben wir während des Spitalsaufenthaltes nur ein ziemlich exsudatives Knötchen im linken Augenbrauenbogen beobachtet, das ohne tiefere Gewebsschädigung zur Abheilung kam. Eine experimentell an einer kleinen Gesichtspartie vorgenommene Bestrahlung mit der Quarzlampe in geringen Dosen ergab das Auftreten eines ebensolchen, stark exsudativen Knötchens an der rechten Stirnseite. Die Lymphdrüsen des Halses sind insbesonders an der rechten Seite stark geschwollen. Der Hämatoporphyrinnachweis verlief negativ. Trotzdem ist die Affektion infolge ihres klinischen Bildes als Abortivform der Hydroa vacciniformis aufzufassen, wie sie Hutchinson als Prurigo aestivalis beschreibt, bei der nach Abheilung der Effloreszenzen nicht Narbenbildung, sondern Pigment und leichte Atrophie zurückbleibt. Bemerkenswert ist bei dem Falle, daß auf eine Pirquet-Reaktion, die ein positives Resultat ergab, rings im Umkreis der Impfstelle nach 24 Stunden ein deutlicher Blasenkranz auftrat. Die Blasen waren bis erbsengroß und mit klarem Serum gefüllt. Diese auffallende Reaktion auf Alttuberkulin Koch zeigt, daß die Haut nicht nur durch Hämatoporphyrin eine Sensibilisierung gegenüber den ultravioletten Strahlen besitzt, sondern auch durch Tuberkelbazillen und durch auf diese zurückzuführende Produkte im gleichen Sinne sensibilisiert werden kann, worauf schon Volk und Grosz hingewiesen haben.



3. Einen 40jährigen Stabsfeldwebel mit einer am ganzen Körper ausgebreiteten Dermatose. Die Erkrankung begann im März 1916 und bereitete dem Patienten keine Beschwerden. Derzeit findet man ein psoriasiformes Exanthem am Rücken und an der Brust, im geringen Grade an den Schenkeln. Die einzelnen scheibenförmigen Herde erreichen bis über Kronenstückgröße, sind braunrot infiltriert und zeigen an der Oberfläche Desquamation. Nach Rückgang des Infiltrates bleibt eine starke Pigmentierung. Auf Fingerdruck läßt sich insbesonders an den Randpartien das Infiltrat deutlich nachweisen. Die Affektion ist, wie auch der histologische Befund ergibt, als prämykotisches Exanthem anzusprechen. Lymphdrüsenschwellung in inguine und in der Axilla mäßigen Grades. Kein Milztumor. Auf Röntgenbestrahlung bilden sich die Hauterscheinungen prompt zurück.

Kerl demonstriert des weiteren 6 Patientinnen, von denen 4 mit einer Purpura haemorrhagica resp. Morbus maculosus Werlhofii, einer mit zirkumskripten Hyperkeratosen, endlich eine Frau mit einem Ulcus cruris zur Aufnahme kamen. Von den Purpurafällen zeigten zwei, ein Mann und eine Frau, ziemlich starke Schwellung und Auflockerung des Zahnfleisches. Blutung im Harn und Stuhl war bei keinem Patienten nachweisbar. Bei den schwersten Purpurafällen kam es auch wiederholt zu tiefgelegenen Blutungen. Bemerkenswert ist, daß bei allen diesen Fällen nach längerem Spitalsaufenthalt ganz eigentümliche scheibenförmige Hämorrhagien in den mittleren Hautschichten auftraten. Diese Blutungen breiteten sich peripher aus, während gleichzeitig im Zentrum Involution nachweisbar war. Die einzelnen Herde erreichten bis über Fünfkronenstückgröße, zeigten Neigung zur Konfluenz. In den mittleren Partien der Herde ist die Haut stärker pigmentiert. zeigt zigarettenpapierähnliche Fältelung. Ein zirka 2—3 *mm* breiter dunkelroter Ring mit leichter Desquamation umgrenzt das abgeheilte Zentrum gegenüber der normalen Haut. Durch dieses eigentümliche Wachstum und die Konfluenz kommen eigenartige Bilder zu stande. Die histologische Untersuchung aus den Randpartien hat gezeigt, daß eine mächtige Erweiterung insbesonders der Venen, die in ihrer Wand verdickt sind, neben Blutungen in verschiedenen Schichten auch ziemlich mächtig entzündliches Infiltrat, insbesonders in den oberen Schichten der Haut, vorhanden ist. Was die Ursache dieser Hautblutungen betrifft, so möchten wir annehmen, daß dieselben durch den die Purpura auslösenden Faktor einer-

seits hervorgerufen, daß aber mit Rücksicht darauf, daß auch Fälle wie Ulcus cruris und Hyperkeratose ziemlich gleichzeitig ganz ähnliche Krankheitserscheinungen aufwiesen, noch eine andere Komponente, die vielleicht in der Ernährung liegt, verantwortlich gemacht werden muß.

Oppenheim demonstriert:

1. Einen 6jährigen Knaben mit einem urtikariellen Impfexanthem, hauptsächlich lokalisiert an den Streckseiten der Extremitäten. Patient wurde vor 3 Wochen geimpft; am linken Oberarm sieht man die zwei ungemein stark entwickelten Vakzinepusteln. Vor 8 Tagen trat unter heftigem Jucken ein Exanthem auf, charakterisiert durch derbe, hellrote, ovale bis hellergroße, flacherhabene Papeln, die besonders reichlich an den Streckseiten der Oberarme und auf der Haut der Nates verbreitet sind. Es ist kein Zweifel, daß dieses Exanthem als mit der Impfung in Zusammenhang stehendes postvakzinales Exanthem aufzufassen ist.

Riehl weist auf das infolge der verschlechterten Ernährung jetzt sehr häufige Vorkommen von Urtikaria hin und sieht deshalb den ursächlichen Zusammenhang der Urtikaria mit der Impfung in diesem Falle keineswegs als erwiesen an.

Sachs hatte Gelegenheit, im Jahre 1914 drei Patientinnen zu beobachten, welche an ein und demselben Tage gegen Blattern geimpft wurden, nach acht Tagen bekamen dieselben ein dem Erythema exsudativum multiforme ähnliches Exanthem, welches mit der Vakzination in Verbindung zu bringen war. Ferner erwähnt S. den in der Sitzung vom 24. Mai d. J. demonstrierten Fall von Erythema toxicum (Erythema bullosum + Lichen urticatus), welches drei Tage nach der Vakzination aufgetreten war. Diese Exantheme sind in Analogie mit Serumexanthemen zu bringen und sind nicht gar so häufig, als allgemein angenommen wird.

Oppenheim. Die Literatur über diese Fälle ist nicht sehr groß. Pirquet unterscheidet in seiner Monographie über die Vakzination Exantheme, die kurz nach der Impfung auftreten und als Vakzine aufzufassen sind und die echten postvakzinalen Exantheme, die den Serumexanthemen nahestehen und zumeist 9—14 Tage nach der Impfung auftreten, erythem-, urtikaria- oder lichenähnlichen Typus zeigen, oft an den Streckseiten lokalisiert sind und lebhaft jucken. Es ist daher das demonstrierte Exanthem sicher als mit der Impfung ursächlich in Zusammenhang stehendes aufzufassen und nicht als Urtikaria durch andere Ursachen bedingt. Die Anamnese, die Lokalisation, der Typus der Effloreszenzen schützen vor derartiger Auffassung.

2. jenen bereits vorgestellten Fall von beruflicher Hyperpigmentation und Hyperkeratose bei einer Munitionsarbeiterin, die durch das von der Schleifscheibe wegspritzende Schmieröl hervorgerufen wurde. Daß es tatsächlich eine Schmierölhaut ist, im Gegensatz zur Ansicht Nobls, der diese Schwarzfärbung der Haut auf innere Ursachen zurückführt, beweist die auffallende Besserung, die in 10 Tagen durch Aussetzen



der Arbeit und durch einfaches Waschen erzielt wurde. Die Hyperkeratose ist fast völlig geschwunden, die Dunkelbraunfärbung in toto heller und z. B. am Halse, an den Armen und auf der Stirne fast völlig geschwunden.

Nobl. Den vielleicht in Spuren angedeuteten Rückgang der Schwarzfärbung im Gesicht der Kranken erklärt zwanglos das Aussetzen der Arsenmedikation, da ich schon vor 3 Wochen die Kranke die von einem Arzt im Monat April vorgeschriebene hochdosierte Fowler-Lösung aussetzen ließ. Wie ich schon betonte, konnte ich während einer mehrwöchigen Beobachtung der Patientin an meiner Abteilung von warzigen Exkreszenzen der Wangen nichts wahrnehmen. Ähnliche Wucherungen beeinflussen auch heute nicht das Symptomenbild. Der Ablauf der Erscheinungen bekräftigt mich daher nur neuerdings in der Auffassung, die ich anläßlich der Erstdemonstration vertrat, nämlich: daß es sich hier um die ungünstige Arsenbeeinflussung einer vorbestandenen Dermatitis handle, an deren Zustandekommen Nahrungsschäden und Lichtwirkung beteiligt sein dürften.

Oppenheim. Maßgebender als Kollege Nobl und ich in Bezug auf die Besserung ist wohl die Patientin selbst, sowie ihr Mann, die beide von der raschen und auffallenden Besserung beglückt sind. Die ausschließliche Lokalisation an den von der Noxe betroffenen Stellen, die follikuläre Entstehung, die Hyperkeratose und das Fehlen jeglicher Rötung und Dermatitis schließen mit zwingender Gewißheit jede andere Ätiologie aus.

3. einen Soldaten mit einer sehr ausgeprägten Pityriasis lichenoides chronica universalis, die monatelang als Ekzem behandelt wurde.

4. Einen Soldaten mit Sklerosenrezidiv in situ und mit orbikulären Papeln in der Umgebung. Die syphilitische Infektion erfolgte vor 5 Jahren; er wurde genügend mit Salvarsan-Quecksilber behandelt. Das Sklerosenrezidiv sieht wie eine Reinfektion aus, doch fehlen Spirochäten und Drüsenschwellungen.

Ehrmann stellt vor:

1. Einen Fall von exulzeriertem Erythema induratum Bazin, bei welchem mit Hilfe der Morosalbe (Alt-Tuberkulin Koch, Lanolin anhydric $\overline{aa}$, stets frisch hergestellt) ein Lichen scrophulosorum erzeugt wurde.

2. Einen Fall von Naevus linearis an allen Extremitäten mit einer ausgedehnten Arsenmelanose.

3. Einen Fall von Lupus erythematodes an den Fingern, welcher vor Jahren im Wiedner Krankenhaus wegen Lichen scrophulosorum behandelt worden war, bei welchem es jetzt mit Hilfe der Morosalbe gelang, wieder einen Lichen scrophulosorum zu provozieren, welcher weit in die Umgebung der eingeriebenen Stelle disseminierte.

Saphier demonstriert ein makroskopisches Präparat. Es ist ein Stück Haut, von der Streckseite der distalen Partie des Unterarmes herrührend, von der Leiche eines

70jährigen Müllers, welcher an Myodegeneratio cordis, Arteriosklerosis, gestorben ist. Man sieht neben sommersprossenartigen Pigmentverschiebungen verschiedener Intensität punktförmige und größere schwarze Herde. Bei genauerer Betrachtung, besonders mit dem gleich zu demonstrierenden Dermatoskop, sieht man, daß es sich um stellenweise ziemlich tief gelegene, subepidermale Einsprengungen von runden bzw. ovalen schwarzen Fremdkörpern handelt. Es handelt sich hier um die sog. „Müllerkrankheit", eine Art Berufstätowierung, wie sie bei gewissen Handwerkern, beispielsweise bei Steinhauern, Feilenhauern, Steinklopfern usw. vorzukommen pflegt. Natürlich kommen hier nur Müller in Betracht, welche die Mühlsteinflächen bearbeiten und anfrischen. In diesem Falle war die Streckseite sämtlicher Finger außerordentlich dicht mit den Einsprengungen besät.

Saphier demonstriert ferner unter dem Dermatoskop die Haut einer Patientin mit Sklerodermie (aus der Klinik Riehl). Der Krankheitsprozeß ist in mäßig fortgeschrittenem Stadium. Am Rücken beider Hände und der distalen Partien der Unterarme sieht man durch die aufgehellte Hornschicht — als Lichtquelle dient hier die Karbidlampe von Zeiß — palisadenartig zusammengedrängte Papillen, welche durch die zentral gelegenen Gefäße und eigenartig inter- bzw. zirkumpapillär angeordnete Pigmentanhäufungen noch deutlicher hervortreten. Bei normaler sonnengebräunter Haut ist das Pigment ganz irregulär in den tieferen Schichten der Epidermis zerstreut, während bei atrophischer Haut die vorher erwähnte Pigmentanordnung beinahe Regel ist. An den Fingerbeeren beobachtet man nach Aufhellung der Hornschicht ein sehr schönes Bild von Schweißdrüsenausführungsgängen in ihrem ganzen Verlauf durch die Epidermisschicht als weißliche, ziemlich regelmäßig angeordnete, mehr weniger senkrecht zur Hautoberfläche gestellte Stäbchen. Dasselbe Bild kann auch bei gesunden Personen mit zarter Hornschicht, besonders am 5. Finger, beobachtet werden. Die hier angewendete Vergrößerung ist 40fach; bei starker Lichtquelle gibt die 112fache Vergrößerung außerordentlich schöne, plastische, an Einzelheiten reiche Bilder. Die Veröffentlichung der bisherigen Untersuchungsergebnisse findet demnächst statt.

Ferner demonstriert Saphier das Präparat mit der „Müllerkrankheit" unter dem Dermatoskop.

Riehl bemerkt, daß dieses Instrument, welches mit starker Vergrößerung binokulares d. i. plastisches Sehen ermöglicht, eine Vervollkommnung unserer Untersuchungsmethoden bedeute und gewissermaßen



die Lücke, welche zwischen unserer klinischen Beobachtung und der mikroskopischen Untersuchung besteht, ausfüllen kann. Schon die Besichtigung der Schweißdrüsenspiralen mag davon den Beschauer überzeugen. Die Erfahrung wird zeigen, inwieweit das Dermatoskop für die Diagnosestellung Bedeutung gewinnt. Zur Vorgeschichte will ich erwähnen, daß Lupenbetrachtung zu Untersuchungen mit Mikroskop bei auffallendem Licht (Nachémikroskope) von vielen Dermatologen seit jeher verwendet worden sind. 1900 habe ich an der Klinik Sattler in Leipzig eine sehr gute Einrichtung zum Studium der Syphilis des Auges benützen können. Ein an der Stuhllehne angebrachtes Theaterglas mit ca. 1 *m* Brennweite ermöglichte die Beobachtung des in dieser Entfernung sitzenden Patienten mit variierender Vergrößerung und im plastischen Bilde. Prof. Dr. Hochstetter teilte mir mit, daß er ein gewöhnliches Jagdglas von Zeiss mit den Okularen vorgesetzten Konvexlinsen in ähnlicher Art zu benützen pflegt. Mit dem Dermatoskop, das in seiner Form und Handlichkeit ja leicht zu verbessern ist, wird die Verwendung stärkerer Vergrößerungen (über 100) für klinische Beobachtung möglich.

Für das Redaktionskomitee:

Prof. Grosz.

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

Bd. XXIII. 1916. H. 12.

Haslund, Paul (†). Über das Vorkommen von Lupus erythematosus auf dem Prolabium der Lippen und der Schleimhaut des Mundes. p. 705.

Das Prolabium der Lippen ist eine verhältnismäßig seltene Lokalisation des L. e., ebenso die Schleimhaut des Mundes. Von 162 Patienten wiesen 19 diese Lokalisation auf, bei 8 davon war auch die Mundschleimhaut befallen. Andere Schleimhäute waren bei diesen 19 Kranken nicht ergriffen. Bei 5 Fällen beschränkte sich die Erkrankung nur auf die Prolabien (3 Männer, 2 Frauen). Mit Vorliebe wird das Prolabium der Unterlippe befallen. In der ersten Zeit fallen die Veränderungen der Haut wenig auf, man sieht nur eine schwach opalartige Färbung des Epithels, welche sich bei näherem Zusehen in eine fein punktierte oder gestreifte „arboreszierende Zeichnung auflöst“. Später gesellt sich Infiltration hinzu und Schuppen- und Krustenbildung. An der Mundschleimhaut ist der L. e. sehr selten, aber fast stets von Herden an andern Stellen begleitet. Im Mittelpunkte des Herdes befindet sich ein stark hyperämischer Fleck. Der Herd erscheint ganz oder teilweise eingesenkt. Man sieht blasse, narbenartige Striche oder

bei älteren Herden eine Aussaat von dichtgestellten, punktförmigen, weißen Epithelverdickungen. Daran schließt sich ein schmaler, weißer Saum von verdicktem Epithel und ganz außen befindet sich eine schmale, rein hyperämische Zone. Histologisch sticht am meisten eine Umbildung der obersten Schichten zu einer „parakeratotischen Hornschicht" und eine gleichmäßige Massenvermehrung sowie Ödem und im Bindegewebe Zelleninfiltration und Gefäßerweiterung in verschiedenen Graden hervor. Die aussichtsreichste Behandlung bietet die Anwendung von Kohlensäureschnee.

Heller, J. Zur Kasuistik seltener Nagelerkrankungen. — XII. — Onychogryphosis als Nachkrankheit des Herpes zoster (Neuritis, Sudecksche Knochenatrophie). p. 726.

Bei einer 64jährigen Arbeitersfrau entwickelte sich im Anschluß an einen Herpes zoster eine teilweise Lähmung und Versteifung der linken Hand und eine Krümmung der Finger. Die Nägel zeigen eine Onychogryphose. Im Röntgenbilde sieht man Sudecksche Atrophie, besonders an den Gelenkenden des Radius und der Ulna, an der Basis aller Mittelhandknochen, an den Köpfen der Mittelhandknochen und der Basis der I. Phalangen.

Blumenthal, Franz und *Tsakalotis.* Zur quantitativen Bestimmung der Syphilisstoffe. p. 731.

Zwei quantitative Methoden der W.-R. sind in Gebrauch: Fallende Serummengen bei konstanter Antigenmenge und verschiedene Antigendosen bei konstanter Serummenge. Vergleichende Untersuchungen zeigten, daß beide Methoden gute Ergebnisse zeitigen, doch ist es vorteilhafter, bei konstanter Antigenmenge die Serummengen zu variieren.

Bd. XXIV. 1917. H. 1.

Almkvist. Die experimentelle Quecksilberstomatitis des Kaninchens.

Almkvist ist es als ersten gelungen, bei Kaninchen, welche bisher als immun für Hg-Stomatitis galten, durch folgende 4 Momente: quecksilberhaltiges Blut, Schleimhautschädigung, H_2S-Einwirkung und eiweißzersetzende Bakterien, einen der menschlichen Hg-Stomatitis ganz gleichwertigen Krankheitsprozeß zu erzeugen.

Chable. Über Kerion Celsi und lichenoides Exanthem bei Audouinischer Mikrosporie.

Mitteilung eines Falles von Mikrosporie bei einem Kinde, bei dem es im weiteren Verlaufe zu Kerion Celsi-Bildung und schließlich unter Allgemeinerscheinungen zu



einem Exanthem—Lichen trichophyticus kam. Infolge individueller oder Rassendisposition, besonders aber unter Mitwirkung akzidenteller Entzündungsprozesse trat Kerion Celsi auf, während der Lichen trichophyticus als allergisches Phänomen zu erklären ist.

Zimmern. Zur Ätiologie des idiopathischen Herpes zoster.

Mitteilung von 7 Herpes zoster-Fällen auf einem Kriegsschiffe innerhalb 1 Jahre. Besprechung der verschiedenen Theorien über die Ätiologie des Zosters.

Heft 2.

Sutter. Weitere Beiträge zur Lehre von der Immunität und Überempfindlichkeit bei Trichophytieerkrankungen.

Auch bei Gesunden und Nichttrichophytikern läßt sich eine unspezifische, wenn auch nur lokale und geringere Hautreaktion erzeugen. Der Ausfall der Reaktion ist außer von spezifischen Zuständen auch von unspezifischen Faktoren abhängig (Senium, Säuglingsalter, Zustand der Haut, Vorhandensein von akuten oder chronischen Hautentzündungen). Gesunde und im Inkubationsstadium befindliche zeigen nach Trichophytieinjektion geringe Lymphozytose. Trichophytiker und Immune zeigen polynukleäre Leukozytose (Bloch-Miescher). Wiederholte Trichophytin-Injektionen erzeugen Unterempfindlichkeit. Das infizierte Meerschweinchen reagiert ebenfalls spezifisch auf Trichophytie, nur bedeutend weniger intensiv als der Mensch und ohne Allgemeinerscheinungen. Häufige Inokulation ein und desselben Pilzes beim Menschen führt zu Unterempfindlichkeit, Allergie. Der Antikörpernachweis im Blut ist weder bei Mensch noch Tier gelungen. Ebenso wenig die passive Übertragung der Anaphylaxie aufs Tier. Aktive Immunisierung gelingt außer durch Überstehen einer Infektion durch wiederholte Einreibung toter Pilze bzw. Injektion von Trichophytin, wenn auch nur partiell.

Gold. Anatomische Untersuchungen eines Falles von Herpes zoster.

Sektionsbefund bei einem Manne, der mit einem Herpes zoster im Bereiche des I. und II. Dorsalsegments ins Krankenhaus eingeliefert, bald darauf unter den Symptomen einer Apoplexie starb. Die Histologie des Rückenmarks ergab Tuberkulose, besonders im Bereiche der Meningen. Der Fall zeigt, daß auch andere Ursachen als Spinalganglienerkrankung einen Zoster hervorrufen können.



Heft 3.

Friboes. Über ein Hämato-Lymphangiom des Halses und der Zunge.

Neben kongenitaler, aus Lymph- und Blutbläschen bestehenden Zungenaffektion ein subkutaner Tumor unterhalb des Unterkiefers rechterseits bei einem 17 J. alten Mädchen. Der histologische Befund ergab Hämatolymphangiom mit Plasmom.

Lindenheim. Zur Kenntnis der systematisierten Naevi.

Mitteilung von 3 Nävusfällen, bei denen die methodische Durchprüfung völlige Nichtkongruenz mit dem System der Jadassohnschen Haarlinien und mit dem Verlauf und Verbreitungsbezirk der Hautnerven (v. Bärensprung) nachgewiesen wurde. Hingegen zeigten alle drei Fälle deutliche Beziehungen zu den Metameren. Beim 1. Fall konnte ein neuer Linientypus festgestellt werden.

Perutz. Über Dermatographismus, eine Quecksilberreaktion der Haut bei Syphilitikern.

Der bei Syphilitikern nach der Hg-Injektion auftretender Dermatographismus ist nicht durch das Hg bedingt. sondern ergänzt die Herxheimer-Jarischsche Reaktion. Er tritt bei florider und latenter Lues auf, bei letzterer, wenn die Wassermannsche Reaktion positiv ist. Der Dermatographismus überdauert die Herxheimer-Jarischsche Reaktion und dürfte als sichtbarer Ausdruck für das Vorhandensein spezifischer Antikörper gedeutet werden. Klausner (Prag).

Dermatologische Wochenschrift.

Bd. LXIII. Nr. 47—52.

Nr. 47.

Friedenthal, H. Ein seltener Fall von ausgehusteten Haaren. p. 1107.

Ein 35jähriges Fräulein hustete seit 10 Jahren anfallsweise Haare aus, in der letzten Zeit unter Bluthusten. Die ausgehusteten Haare waren verschieden lang (20—70 *mm*) und sehr brüchig. Die Untersuchung ihres Kräuselungsgrades, des Streckengewichtes, der Länge und Breite ergaben, daß es sich wahrscheinlich um Schamhaare der Patientin selbst handelte, welche sie sich ausgezogen, dann gekaut und verschluckt hatte. Es handelte sich um Hysterie. Verf. gibt auch noch sehr interessante Aufschlüsse über



die verwandten Untersuchungsmethoden sowie über die für die Identifizierung von Haaren, besonders in gerichtlich-medizinischer Beziehung wichtigen Angaben.

Veress, Fr. v. Über die Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten mit besonderer Berücksichtigung auf die Armee im Felde. p. 1113.

Die wichtigsten Aufgaben auf dem Gebiete der Prophylaxe sind: Einschränkung des Alkoholgenusses, Aufforderung zur geschlechtlichen Abstinenz und Belehrung über die Gefahren der venerischen Erkrankungen, Ermöglichung der leicht zugänglichen Prophylaxe für Jedermann, strenge Überwachung der Prostitution nebst Aufsuchen und Unschädlichmachen der nachweisbaren Infektionsquellen, Internierung der Geschlechtskranken und Einschränkung der ambulanten Behandlung, Errichtung zahlreicher Spitalsabteilungen für venerische Kranke im Hinterlande und der Etappe, sowie von unter militärischer Kontrolle stehenden Bordellen in Garnisonen, im Etappen- und Operationsraum. Weiters wäre notwendig rücksichtslose polizeiärztliche (militärärztliche) Untersuchung der weiblichen Bevölkerung im Operationsgebiet. Endlich wünscht Verf. die Erlassung eines Befehles, betreffend die Zurückbehaltung der zu Friedensbeginn geschlechtskrank befundenen Mannschaft, der in kurzen Intervallen der gesamten Wehrmacht verlautbart werden soll und empfiehlt, schon jetzt Vorbereitungen zu treffen, um die Durchmusterung der gesamten Mannschaft vor der Demobilisierung rasch und glatt durchführen zu können.

Nr. 48.

Deissner, U. Der Wert des Ammonpersulfats und Cholevals für die Behandlung der akuten Gonorrhoe. p. 1131.

2. Mitteilung: Choleval. Bericht über 42 mit Choleval behandelte Erkrankungsfälle. Bei frischer Gonorrhoe erfolgt in vielen Fällen glatte Heilung in durchschnittlich 40 Tagen; in manchen Fällen war die Behandlung erfolglos. Es versagt auch das Choleval manchmal sowie die anderen Silberpräparate.

Fürth, Henriette. Von einem schweren Kriegsdienst der Frau. p. 1138.

Um beizutragen zur erfolgreichen Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten müssen die Frauen einen schweren Kriegsdienst auf sich nehmen, der darin besteht, daß „sie verstehend und verzeihend sich zu solchen Verirrungen ihrer Männer verhalten, unter der Bedingung, daß die

Kranken sich der in den Beratungsstellen, beziehungsweise durch ihre Vermittlung gegebenen Möglichkeit der Behandlung und Heilung frühzeitig und ausreichend bedienen".

Nr. 49.

Levin, E. Neuere Forschungsergebnisse über Darstellungsmethoden, Kultur und Morphologie der Spirochaeta pallida. p. 1163.

Nicht beendet.

Nr. 50.

Geraghty, J. T. Die Rolle der Samenbläschen bei chronischen, nicht blennorrhoischen Infektionen der hinteren Harnröhre und Blase. p. 1195.

Die Samenbläschen sind weit häufiger die Ursache hartnäckiger Infektion der Harnröhre, als im allgemeinen angenommen wird. Lokale Behandlung und Massage hat sich in vielen Fällen des Verf. als ziemlich wertlos erwiesen. Jedenfalls ist die Vesikulotomie indiziert, wenn lokale Maßnahmen die Beseitigung des Krankheitsprozesses nicht erreicht haben. Die Samenbläschen müssen aber in jedem Falle gründlich eröffnet und darnach die Ampullen des Vas deferens ebenso wie die Samenbläschen selbst gründlich drainiert werden. In keinen von den Fällen einfacher Infektion sind Fisteln und ihre Konsequenzen die Folge gewesen.

Levin, E. Neuere Forschungsergebnisse über Darstellungsmethoden, Kultur und Morphologie der Spirochaeta pallida. p. 1199.

Sehr ausführliches und instruktives kritisches Referat.

Nr. 51.

Hodara, M. Histologische Untersuchung eines linearen, halbseitigen Naevus comedofollicularis, der sich klinisch unter dem Bilde strichförmig verlaufender großer Komedonen zeigte. p. 1219.

In dem ausführlich beschriebenen Fall waren klinisch Linien und Gruppen von Komedonen und von ganz kleinen flachen Papeln, sowie von bräunlich pigmentierten Strichen sichtbar. Histologisch sieht man einerseits dieselben Veränderungen wie beim Naevus linearis verrucosus, nämlich vaskuläre und entzündliche Veränderungen am Korium, Akanthose und Hyperkeratose der Epidermis, andererseits fallen besondere Veränderungen auf, nämlich die Bildungen von multiplen Pseudokomedonen. Um mehrere derselben besteht eine Wucherung der Stachellage und eine Neubil-



dung von zellulären Follikularscheiden, von denen einige ihrerseits, in Wucherungen befindlich, sich in mehrere kleine Follikel teilen, die sehr zarte, helle, neugebildete Härchen mit vollem Bulbus enthalten.

Shropshire, C. W. und *Watterston*, Ch. Zur notwendigen Vereinheitlichung der Wassermannschen Reaktion. p. 1225.

Die Schwankungen der W.-R. und ihrer Modifikationen sind durch Verschiedenheiten und Fehler der Technik bestimmt. Die Verff. fordern daher im Hinblick auf die von ihnen angeführten Literaturangaben, die diese Verschiedenheit der Technik erweisen, Vereinheitlichung der Reaktion durch Verwendung von Standardreagentien.

Bd. LXIV. Nr. 1—22.

Nr. 1.

Fabry, J. Mitteilungen über Hautatrophie. p. 1.

1. Über einen Fall von Atrophia cutis striata und kleinpapulösem Syphilid. Das Exanthem (Lichen syph. oder mikropapulös) ging allenthalben in Hautatrophien aus. Im Gesicht und an den Extremitäten waren sie rundlich, am Rumpfe quer verlaufende Striae. Letztere stehen mit dem Exanthem in direktem Zusammenhang und sind auch selbst als Syphilid zu deuten; es haben sich aber die durch das Syphilid einmal eingeleiteten Striae vielfach weiter ausgedehnt als die lichenartigen Knötchen.

2. Über einen Fall von kleinpapulösem Syphilid, hauptsächlich der Hohlhand und der Vorderarmbeugeseite, bei tuberkulöser Anlage, mit Ausgang in Atrophien der Haut bei einer Tuberkulösen.

3. Über einen sehr ausgedehnten Fall von Folliklis mit Ausgang in Atrophien der Haut bei einem Luetiker (Eczema chronicum, Folliklis, Lues latens).

4. Über einen Fall von Folliklis universalis mit vielfachem Ausgang in Atrophia cutis maculosa. Konfluierende Follikliskötchen bilden größere Geschwülste der Haut.

5. Über einen Fall von makulösen Atrophien der Haut nach Ekthyma.

Unter Berücksichtigung der einschlägigen Literatur möchte Verf. nach der Ätiologie der Anetodermia circumscripta folgende Formen unterscheiden:

1. Anetodermia erythematosa Jadassohn oder die bekannte Form der umschriebenen Atrophie,



2. A. circumscripta mit Beziehungen zur Recklinghausenschen Fibromatose, 3. A. keloides (Fall von Rosenthal: Striae distensae et keloides, Sklerodermia circumscripta im Endstadium, Weißfleckenkrankheit), 3. A. nach Adipositas und Gravidität, 4. A. bei Dermatitiden wie Erythema, Purpura, Ekthyma, Lichen atrophicans, 5. A. tuberculosa (Folliklis, Erythema indurat., Lupus erythem.), 6. A. luetica. Nach der Form wäre zu unterscheiden eine Atrophia cutis maculosa und eine striata, auch Kombinationen beider kommen vor.

Ravogli, A. Über den gegenwärtigen Stand der Medizin und Dermatologie in Japan. p. 12.

Reisebericht.

Nr. 2.

Eicke. Die hämolytischen Eigenschaften des aktiven luetischen Blutserums. p. 33.

Zusammenfassung: Jedes normale menschliche Serum ist fähig im aktiven Zustande noch in der Menge von 0·06 *ccm* 0·5 *ccm* einer 5%igen Hammelblutaufschwemmung völlig zu lösen. Das aktive luische Blutserum zeigt im Frühstadium der Lues nur unter gewissen Bedingungen eine Abnahme seiner hämolytischen Kraft. Als solche kommen in Betracht: Alter der Infektion und unzureichende Behandlung. Im Spätstadium der Lues, besonders bei tertiärer und zerebraler, ist dieses Phänomen am ausgesprochensten. Nach 24stündiger Aufbewahrung tritt diese Erscheinung noch deutlicher, in einer Anzahl von Fällen überhaupt erst dann zutage. Völlige Hemmung oder auch nur teilweise Lösung mit 0·1 *ccm* beweist nur eine + H.-R. (Hämolysinreaktion). Ein Zusammenhang zwischen + H.-R. und + W.-R. ist nur in groben Zügen gegeben, indem im allgemeinen + H.-R. mit ebensolcher W.-R. einhergeht. Eine Umkehrung gilt nicht. Durch eine antiluische Kur kann die W.-R. gebessert oder negativ werden. Ein Parallelgehen mit der W.-R. ist nur in frischeren Fällen zu beobachten. Besonders Salvarsan beeinflußt auffallend günstig den Hämolysintiter des Blutes, weniger Hg. Bei Vorliegen einer stark + H.-R. erweist sich die W.-R. der Therapie gegenüber ungemein hartnäckig. Für die Praxis ergibt sich folgendes: Jeder Syphilitiker ist so früh und so energisch wie möglich zu behandeln, um dem Auftreten + H.-R. vorzubeugen. Eine + H.-R. zu Beginn einer Kur läßt den prognostischen Schluß auf hartnäckige Infektion und schwer zu beeinflussende W.-R. zu. Eine + H.-R. macht das Vor-



liegen einer zerebrospinalen Lues wahrscheinlich und muß als Indikation für eine Lumbalpunktion angesehen werden.

Nr. 3.

Gans, O. Zur Ätiologie der Purpuraerkrankungen; zugleich ein Nachweis für die lokale Allergie der Haut in der Umgebung der Impfpockenpustel. p. 49.

Zusammenfassung: 10 Tage nach einer erfolgreichen Revakzination kommt es bei einem Kranken im Anschluß an eine Staphylokokkeninfektion des Blutes nach Erkältung zu einem Erythem, welches sich im Verlaufe weniger Tage zu einer sekundären Purpura entwickelt. In der Umgebung der in Abheilung begriffenen Impfpockenpusteln macht die Hauterkrankung in eigenartiger, scharf abgegrenzter Figuration Halt. Histologisch entspricht diesem eigenartigen klinischen Verhalten das Fehlen der für die sekundäre Purpura charakteristischen Veränderungen in diesem Bezirk. Dieses eigenartige Verhalten kann als Beweis dafür dienen, daß ein — vielleicht der von v. Pirquet bei der Wiederimpfung neben dem eingebrachten Virus als sogenannter zweiter Stoff vermutete — „Antikörper" lokal im Hautgewebe deponiert und imstande ist, dort eindringende Infektionserreger am weiteren Fortschreiten zu verhindern bzw. ihre Toxine unschädlich zu machen. Man wird dieses eigenartige Verhalten treffend als „lokale Allergie" der Haut kennzeichnen können.

Wilson, W. T. Über Pellagra und ihre Behandlung mit Pikrinsäure. p. 58.

Bericht über 100 mit Pikrinsäure behandelte Pellagrafälle u. zw. wurden die Hautaffektionen mit Pikrinsäuregaze verbunden, bei Schleimhautaffektionen mit $^1/_2$% Lösung gegurgelt und von einer 1‰ Lösung dreistündlich bis 3mal täglich 25 Tropfen innerlich gegeben. Rasche Heilung u. zw. Schleimhautaffektionen in 5—7 Tagen, Unterleibschmerzen 3 Tage, Darmstörungen 10—14 Tage, Hauterscheinungen ca. 3 Wochen; toxische Symptome lassen in ca. 14 Tagen, Geistesstörung in 21 Tagen nach. Außerdem wurden auch von anderen Ärzten 100 Fälle erfolgreich behandelt. Im ganzen starben 3 Fälle (an Lungentuberkulose und Nephritis) und 2 an Pellagra, 2 nach Beginn der Behandlung. 8 Rezidiven, die aber nach neuerlicher Behandlung genasen.

Jesionek, A. Karl Posselt.
Nekrolog.



Nr. 4.

White, Ch. J. Zwei moderne Methoden zur Behandlung des chronischen Ekzems. p. 81.

Nach den Untersuchungen des Verf. hat ein großer Bruchteil der an chronischen Ekzemen leidenden Personen eine Sensibilität gegenüber verschiedenen Arten von Nahrungsmitteln und ein noch größerer Prozentsatz ist vollständig unfähig, alle Bestandteile der aufgenommenen Nahrung zu verdauen. Mit Hilfe seiner Untersuchungsmethoden (intrakutane Nahrungsreaktion und Stuhluntersuchung) hofft White eine „auf vernünftigen Grundsätzen beruhende Behandlung", die zur Heilung führt, zu finden.

Pappritz, A. Die Bedeutung der Sittlichkeitsfrage für die deutsche Zukunft. p. 97.

Referat, erstattet in der Frauenkonferenz zum Studium der Sittlichkeitsfrage in Berlin-Charlottenburg.

Nr. 5.

Fox, N. Dermatologie im Altertum. p. 105.

Für kurzes Referat ungeeignet.

Winkler, F. Zur Behandlung des Lupus erythematodes. p. 120.

Kombinierte Behandlung mit Phosphor (0·0015—0·004 *g* täglich oder 3 mal täglich 2 Tabletten der $1/4$ *mg* enthaltenden Phosphor-Schokoladeplätzchen, steigend bis 4 mal täglich 4 Tabletten) oder Chinin, äußerlich Aufpinselungen mit Dichloräthylin.

Nr. 6.

Unna, P. G. Aphorismen. p. 129.

1. Pseudoskabies ist eine übertragbare, stark juckende Dermatose, die an der Streckseite der Unterarme, in Form kleinster Papeln beginnend, sich auf Handrücken und Interdigitalfalten ausbreitet und hier oft allerkleinste Bläschen bildet. Die Beugen sind weniger befallen, keine Milbengänge. Dann werden Oberarme, Schultern und Brust ergriffen, oft mit Freilassung der Achselfalten. Bei Frauen sind Brüste, Gürtel- und Kreuzbeingegend Prädilektionsstellen. Innenfläche der Ober- und Unterschenkel werden dann befallen. Genitale des Mannes frei. Dazu treten sekundär Ekzem und Impetigines. Perubalsam und Styrax versagen, dagegen hilft Sagrotan in 5—10% wässeriger Lösung, mehrere Tage hintereinander eingepinselt.

Rhodin, N. Syphilitischer Ausschlag unter dem Bilde eines ersten Exanthems bei einem 19jährigen Hereditärsyphilitiker. p. 131.

Der Inhalt ist durch den Titel gegeben.



Winkler, F. Die Verwendung des Tribromnaphthols in der Dermatologie. p. 134.

Empfehlung des Tribromnaphthols (Providoform) wegen seiner schmerz- und juckstillenden Wirkung bei Verbrennungen (5% Öl), bei Frostbeulen (10% Salbe), Skabies (Wilkinsons Salbe mit Ersatz des Teers durch die Hälfte Providoform), Psoriasis (15% Salbe), zur Haarkur (1% Spiritus mit einigen Tropfen Rizinusöl).

Delbanco, E. Zum Kapitel der Beratungsstelle für Geschlechtskranke. p. 135.

Delbanco wendet sich gegen die ganz unterschiedslose Meldung venerisch Kranker, auch ohne ihr Einverständnis, an die Beratungsstelle für Geschlechtskranke, wie dies z. B. von der Postkrankenkassa in Hamburg geschieht. Die direkte Anmeldung der behandelten Syphilisfälle belastet auch die Ärzte mit ungeheuerer Schreibarbeit; sie erfolgt am einfachsten durch Aufdruck eines unverfänglichen Stempels auf den Krankenschein unter dem Arzt zu überlassender Auswahl der Fälle. Delbanco anerkennt nur ein Melderecht des Arztes, aber nicht eine Meldepflicht. Die Mitteilung der Diagnose an die Krankenkassa ist Pflicht des Arztes, die Weitermeldung der venerischen Fälle an die Beratungsstelle als einen Appendix der Krankenkassa betrachtet er als erlaubt. Die Beratungsstellen dürfen keinerlei amtlichen Charakter tragen, vor allem keinen polizeilichen. Die Beratungsstellen sind der Anfang des Meldezwanges. Ohne diesen ist eine durchgreifende Reform nicht möglich. An die Meldepflicht schließt sich nach Delbancos Meinung mindestens ein Beobachtungszwang und an diesen von selbst, wo es sich als notwendig herausstellt, Behandlungszwang.

Nr. 7.

Neumayer, L. und *Neumayer,* Marianne. Weitere drei Jahre amtlicher Syphilistilgung mit Salvarsan. p. 153.

Nicht beendet.

Ihle. Cignolin, ein deutsches Antipsoriatikum. p. 170.

Empfehlung des Cignolin zur Behandlung der Psoriasis und des Eczema seborrhoicum psoriasiforme. 5% Salbe bei alter Schwartenpsoriasis mit Zurückgehen auf 1% Cignolinpasta bei Auftreten einer Reaktion. Kein unnötiges Bad bis zur vollkommenen Heilung. Das seborrhoische Ekzem muß viel milder behandelt werden.

Nr. 8.

Unna, P. G. Aphorismen II. Billige dermatotherapeutische Verordnungen. p. 185.

Nicht beendet.

Neubauer, L. u. M. Drei Jahre amtlicher Syphilistilgung mit Salvarsan. p. 188.

Zusammenfassung: Die planmäßige amtliche Syphilistilgung in Bosnien schreitet günstig und erfolgreich fort. Die Syphilisbehandlung in Bosnien ist in ihrer heutigen Form im wesentlichen eine reine Salvarsanbehandlung in einem so hohen Grade wie sonst wohl nirgends. Die Zahl der nach Salvarsanbehandlung vorkommenden Rückfälle ist gegenüber den außerhalb Bosniens beobachteten gering. Das Neosalvarsan zeigt sich muskelinn (Verdeutschung für intramuskulär, Ref.) in seiner Wirkung sowohl für den Augenblick als auch für die Dauer dem Altsalvarsan mindestens ebenbürtig. Die Behandlung mit hohen einmaligen Gaben, wie sie hier früher geübt wurde, zeitigt sowohl für den Augenblick als auch für die Dauer nach den bisherigen Beobachtungen bessere Ergebnisse als die heute geübte mit mehrmaligen kleineren Gaben. Auch bei der Behandlung mit mehrmaligen kleineren Gaben scheint die Behandlung muskelinn raschere und dauerhaftere Ergebnisse zu bieten als die Behandlung venenein (Verdeutschung für intravenös, Ref.). Die bosnische Syphilis unterscheidet sich in ihrem Verlauf von der außerbosnischen durch größere Milde, bessere Beeinflußbarkeit und anscheinend längere Dauer der errungenen Heilungen. Das milde Auftreten der bosnischen Syphilis scheint nicht so sehr auf einer Verschiedenartigkeit derselben gegenüber der außerbosnischen zu beruhen, sondern vielmehr darin, daß infolge Darniederliegens von Körper-, Kleidungs- und Wohnungshygiene bereits geringe Mengen von Ansteckungsstoffen zum Haften kommen und dann nur örtliche Erscheinungen hervorrufen und es vielleicht vielfach gar nicht zu dem kommt, was man Allgemeinansteckung nennt; der fragliche Unterschied scheint demnach quantitativer und nicht qualitativer Natur zu sein. Zwischen Lues und Salvarsan scheinen die Verhältnisse quantitativer Reaktion in chemischem Sinne zu obwalten. Gerade in den mit Syphilis stark durchseucht gewesenen Orten ist in den letzten acht Jahren eine Hebung der Geburtenzahl eingetreten, welche den Geburtenrückgang, welchen der Krieg mit sich brachte, nicht nur aufhebt, sondern sogar noch „übergleiche". Die Anwendung der Seitenkettentheorie auf das Verhältnis



zwischen Salvarsan und Syphilis, sowie ihr weiterer Ausbau in dieser Anwendung könnten vielleicht die Handhabe für eine den jeweiligen Krankheitsverhältnissen angemessenere Salvarsanbehandlung geben, als wir sie heute zu üben imstande sind.

Nr. 9.

Unna, P. G. Aphorismen II. Billige dermatotherapeutische Verordnungen. p. 209.

Nicht beendet.

Hecht, H. Ein Vorschlag zur Sanierung der Prostitution. p. 212.

Zusammenfassung: Die Geschlechtskrankheiten müssen so bekämpft werden wie die anderen Infektionskrankheiten. Es ist aussichtslos, ihre Bekämpfung bloß auf die Sanierung der Prostitution beschränken zu wollen. Hechts Vorschlag zur Kontrolle der Prostitution ist also nur als ein kleiner Teil der insgesamt zu leistenden Arbeit aufzufassen. Eine erfolgreiche Sanierung der Prostitution ist nur durch Ausschaltung des Zwischenhandels (Bordellbesitzer, Kuppler etc.) möglich. Die Durchführung des Prostitutionsbetriebes wäre einer auf gemeinnütziger Grundlage gebildeten Gesellschaft zu übergeben. Der Betrieb hätte sich in Kontrollstraßen und sanitär eingerichteten Absteigquartieren abzuspielen. Die gesundheitliche Überwachung wäre der Polizei abzunehmen und einem aus Fachärzten gebildeten Gesundheitsamt zu übertragen. Die Polizei hätte nur auf Anzeige des Gesundheitsamtes die Vorführung, eventuell eine Zwangskontrolle durchzuführen.

Nr. 10.

Unna, P. G. Aphorismen II. Billige dermatotherapeutische Verordnungen. p. 233.

Sagrotan (eine Seifenlösung von Chlorkresol + Chlorxylenol) wirkt antipruriginös und desinfizierend und ist ungiftig. Da die einfache Aufpinselung genügt, ist es die denkbar billigste Behandlung. In höherer Konzentration wirkt es schälend. Bei Pseudoskabies genügt 1—2malige Einpinselung mit 10% Sagrotanlösung (Lotio Sagrotani), bei Impetigo vulgaris werden zuerst die Krusten eingepinselt, dann werden durch die zweite Pinselung auch die Krusten fortgepinselt und der Grund kräftig eingerieben. Bei Impetigo circinata muß die Einpinselung vorwiegend den Rand treffen. Bei trockenen und stark juckenden Ekzemen genügt die bloße Sagrotanpinselung bloß im Anfang.

Sagrotan + Ichthyol (Sagrotan 20, Ichthyol 2,



Aq. dest. ad 200) beseitigt oberflächliche und tiefsitzende Mikroorganismen und ist daher indiziert bei länger bestehenden feuchten, trockenen und seborrhoischen Ekzemen, bei Impetigines und Ekzemen des behaarten Kopfes, bei Impetigo, Furunkeln, Follikulitiden, Erysipeloid. Für Erysipel, Lymphangoitis, Phlegmone, Adenitis, Frost etc. muß die Ichthyolmenge gesteigert werden (2·5—5%).

Sagrotan + Zinkoxyd + Kreide + Schwefel + Liantral wirkte sehr gut bei chronischem Ekzem (Lotio Sagrotani composita: Liantral 1·0, Calc. carbon. 10, Zinc. oxyd. 10, Schwefel 10, Sagrotan 10, Aq. dest. ad 100).

Sagrotan + Ammoniak ist erfolgreich bei Urtikaria (Liquor ammon. caustic. 1, Calc. carbon. Zinci oxyd. Sagrotan āā 10, Aq. destill. ad 100). Milder und langsamer wirkt in dieser Zusammenstellung Ammon. carbonic. (2·5 bis 5·0).

Sagrotan + Zimtaldehyd. Letzteres löst sich in Sagrotan. Zimtaldehyd 1, Calc. carbon., Zinc. oxyd.. Sagrotan āā 10, Aq. dest. ad 100 heilt. mehrmals täglich aufgepinselt, in 2–3 Tagen. Skabies bei ambulatorischer Behandlung.

Kjellberg-Romanus, Gerda. Nachuntersuchungen bei Vulvovaginitis gonorrhoica. (Vorläufige Mitteilung.) p. 236.

Bericht über die Untersuchungsergebnisse von 20 Frauen, die als Kinder von 2—12 Jahren im Jahrzehnt 1888—1898 im Krankenhaus St. Göran in Stockholm mit Vulvovaginitis gonorrhoica in Behandlung gestanden waren und 1916 von der Verfasserin nachuntersucht wurden. Die Zeit seit der Erkrankung betrug 18—27 Jahre. In keinem Fall fanden sich klinische Symptome von Gonorrhoe. Von den 5 Verheirateten hatten 2, von den 15 Unverheirateten 4 Kinder geboren. 6 Frauen mit Dysmenorrhoe, eine mit Amenorrhoe waren steril. Die Dysmenorrhoe bzw. Sterilität dieser Frauen kann, da ihre Adnexe intakt waren, auf Endometritis beruhen. Nach diesen Ergebnissen ist wohl die Prognose der Vulvovaginitis gonorrh. der kleinen Mädchen eine günstige.

Winkler, F. Zur Verwendung der Ätzmittel in der Dermatologie. p. 243.

Konzentrierte Lösung von Chlorzink in Milchsäure mit Zusatz von etwa 10% Trichloressigsäure ist ein ausgezeichnetes Ätzmittel bei sehr geringer Schmerzhaftigkeit.

Winkler, F. Die Behandlung von Hautkrankheiten mit Röntgentoxin. p. 244.

Röntgentoxin (Röntgenin) wird nach Angaben Verf. aus dem Serum und bestimmten Organen (Milz, Nebennieren



und Knochenmark) von durch sehr lange Zeit mit Röntgenlicht bestrahlten Tieren von Merck dargestellt. Es ruft, in infiltriertes Gewebe injiziert, Erweichung und nachträgliche Exfoliation hervor, sowohl bei karzinomatösen, leukämischen, fungösen oder sarkomatösen Gewebe. Furunkel werden erweicht, ebenso auch Lymphdrüsenschwellungen. Spitze Kondylome, Tbc. verrucosa cutis lassen sich 1—2 Tage nach Injektion unter die befallene Haut abwischen. Erweichend und exfoliativ wirkt es auch auf melanotischen Nävus, Lupus tumidus, Epitheliome, Ulcus rodens, Keloide, Rhynophym, Lupus erythem. etc., häufig auch Fernwirkung nach intraglutäaler Injektion.

Nr. 11.

Frühwald, R. Über die Luetinreaktion. p. 249.

Versuche an 131 Luetischen (154 Luetininjektionen mit 14maligem + Resultat = 9%). Bei frischer Lues (8—10 Wochen) immer —. Von 53 Kranken mit älterer Lues II waren 3 +. Bei latenter Lues (62 Fälle) 10mal + Resultat. Von 4 Lues III war eine Reaktion +. Übereinstimmung mit W.-R. ergab sich nicht. Die Reaktion ist spezifisch, da sie nur bei Luetikern auftritt. Sie ist aber nur in einem geringen Prozentsatz der Fälle + und in den einzelnen Stadien inkonstant, speziell ist sie es auch im tertiären Stadium. Die Luetinreaktion dürfte als allergische Reaktion der Haut bei längerer Zeit bestehender Lues aufzufassen sein. Für praktisch bedeutungsvoll hält sie Frühwald nicht Klinik und W.-R. machen sie entbehrlich.

Dreuw, H. Anzeige-, Behandlungs- und Schweigepflicht, Beratungsstellen und Sittenpolizei. p. 253.

Nicht beendet.

Almkvist, J. Eduard Welander, Nekrolog.

Nr. 12.

Unna, P. G. Aphorismen III. Entlausung durch Gleitpuder. p. 287.

Gegen die Läuseplage empfiehlt Unna Gleitpuder mit schwarzem Pfefferpulver (5%) oder mit Fruct. Sabadill. p. (2·5%). Am besten wirkt Pulvis fluens hydrargyr. (auch das beste gegen Filzläuse). Die Wäschestücke werden an allen verdächtigen Stellen mit dem Gleitpuder angeblasen und dieses dann noch eingebürstet. Zur Entfernung der Nisse werden die angefeuchteten Nähte unter Dampfentwicklung geglättet.

IV. Cremor Salep, ein Gelanth-Ersatz, wird



nach folgender Formel hergestellt: Tubera. Salep 2, Spirit. 2, Aq. 100. M. coque ad 85. Add.: Vaselin alb. 5, Zinci oxydat. 10, Thymol 0·1.

Faber, Th. Kurzer Beitrag zur Frage des Herpes zoster. p. 285.

Bei dem 82jährigen Kranken bestand ausgebreitete Zostereruption in der Höhe der 6. und 7. Rippe rechts. Drüsen in der Leiste und am Hals. Exitus 6 Tage nach der Aufnahme an hypostatischer Pneumonie. Die Sektion ergab neben Bronchopneumonie einen mächtigen Tumor in der Bauchhöhle (kleinzelliges Rundzellensarkom). Die histologische Untersuchung von Stückchen des Rückenmarkes vom 6.—8. Brustsegment und der zugehörigen Spinalganglien rechts ergab daselbst Metastasenbildung. Es besteht zweifelloser Zusammenhang zwischen diesen Veränderungen und der Zostereruption.

Dreuw. Anzeige-, Behandlungs- und Schweigepflicht, Beratungsstellen und Sittenpolizei. p. 288.

Ausführliche Auseinandersetzung über die im Titel angegebenen Themen, die zu kurzem Referat nicht geeignet ist. Es sei hiemit auf die interessanten Ausführungen verwiesen.

Nr. 13.

Unna, P. G. Aphorismen V. Arnika innerlich bei Blutungen. p. 313.

Zur Resorption von Hautblutungen ist Arnikatinktur sehr geeignet (20% Eucerinsalbe). Auch innerlich wirkt sie sehr gut. (Tinct. Arnicae 5—20, Aq. destill. ad 200, 2stündlich 1 Eßlöffel). Nach Deutschmann wirkt sie auch bei Blutungen im Auge. Konjunktiva, Lidern (Tinct. arsenicae 10—15 : 200, 3mal täglich 1 Eßlöffel).

VI. Pepsin bei Behandlung von Narben und Elephantiasis. Rasche Wirkung durch gut feucht erhaltene Dunstumschläge mit Pepsinlösung (1—5% allmählich steigend unter Zusatz von 2% Borsäure). Bei Brandwunden, wo Narbenkontrakturen zu befürchten sind, rät Unna, sofort nach Überhornung mit diesen Dunstverbänden zu beginnen; aber auch bei älteren Kontrakturen ist sie erfolgreich. Auch feste Ödeme, elephantiastische Schwellungen der Haut, wahre Elephantiasis, Eleph. scroti und das sog. Lymphskrotum werden dadurch günstig beeinflußt.

Unna, P. jun. Die Anwendung von Jodtinktur im Kriege. p. 318.

Jodtinktur ist indiziert bei allen Pyodermien und



Mykosen, bei Parasteatidrose, bei allen tiefen Entzündungen. Sie wirkt stark eintrocknend, vasokonstringierend, oberflächlich ätzend, abschälend und reizend. (2mal tägliche Einpinselung.) Auch bei chronischer Epididymitis sah Verf. gute Erfolge.

Nr. 14.

Unna, P. G. Aphorismen VII. Kieselsäure bei Pemphigus, Dekubitus und Ulcus cruris. p. 329.

Kieselsäure ist ein Härtungs- und Wundheilungsmittel ersten Ranges. Ihre Wirkung in Pasten bei nässenden Ekzemen und Pemphigus chronicus beruht wohl darauf, daß die Kieselsäure als ein notwendiger Bestandteil der Oberhaut eben bei diesen Krankheiten der Oberhaut in ausreichender Menge vom Blut nicht zugeführt wird. In Bezug auf überhornende Kraft übertrifft Kieselguhr alle übrigen mineralischen Puder, sie trocknet aus und festigt die noch ungehornte Oberhaut. Daher gute Erfolge bei Dekubitus und Ulcus cruris. Bezüglich der Einzelheiten der Applikationsweise sei auf das Original verwiesen. Kieselsäure innerlich wirkt überraschend gut bei Pemphigus chronicus und foliaceus.

Bruhns und *Alexander*. Das erste Jahr der Charlottenburger Beratungsstelle für Geschlechtskranke. p. 334.

Im ersten Jahre ihres Bestandes suchten die Beratungsstelle 506 Personen mit 933 Einzelbesuchen auf, davon kam über die Hälfte freiwillig, was die Prognose der Wirksamkeit der B.-St. sehr günstig beurteilen läßt. Für die Weiterbeobachtung der aus dem städtischen Krankenhause Entlassenen leistete sie schon jetzt gute Dienste. Die Mitwirkung der Charlottenburger Ärzte versagte fast völlig. Die Verf. machen verschiedene Vorschläge, diese Mitwirkung doch zu erzielen und besprechen auch unter anderem die ungemein wichtige Frage, wie die Überleitung der kranken Heeresangehörigen nach der Demobilisierung sich am besten gestalten könnte.

Nr. 15.

Unna, P. G. Aphorismen. Heilung des eingewachsenen Nagels ohne chirurgische Operation. p. 353.

Ein dünnes Blättchen Feuerschwamm wird unter den eingewachsenen Nagelrand geschoben und dann mit Spirit. argenti (5%) beträufelt. Die schmerzende Kante des Nagels darf nicht weggeschnitten werden. Nach einigen Tagen wird



die Prozedur mit einem etwas dickeren Plättchen wiederholt und dies so lange, bis sich Nagelplatte und Nagelfalz weit genug von einander getrennt haben und auch die wunde Einwachsungsstelle geheilt ist.

Gennerich, W. Ein Fall von zirkumskripter Sklerodermie und Bemerkungen über seine Ätiologie. p. 355.

In einem Fall von umschriebener Sklerodermie, bei dem die vollausgebildete Veränderung bisher noch an der Brust ziemlich beschränkt geblieben war, während das Vorstadium des Leidens bereits einen ziemlich umfangreichen Teil der Haut betroffen hatte, ergab neben positiver Luesanamnese auch W.-R. einen + Befund. Mit Beginn der energischen Hg- und Salvarsanbehandlung hörte die bis dahin ununterbrochene Progredienz des Leidens auf. Die sklerodermatischen Herde wurden allmählich weicher, die pigmentierten und leicht bläulich erscheinenden Krankheitsherde blaßten etwas ab. Diesen Erfolg möchte Verf. dadurch erklären, daß es sich hier um eine interstitielle syphilitische Erkrankung der Nebenniere handelte, deren Dysfunktion man ja schon mit Sklerodermie und der sie begleitenden Pigmenthypertrophie in Beziehung gebracht hat.

Nr. 16.

Unna, P. G. und *Golodetz,* L. Die Hornalbumosen und ihre Bedeutung für die Dermatologie. p. 369.

Die Dermatopharmakologie der Zukunft setzt in erster Linie voraus die Untersuchung der physikalischen und chemischen Einflüsse unserer sämtlichen Medikamente auf die im Großen zu gewinnenden Hornalbumosen. Auch die Beziehungen der Faden- und Spaltpilze zu diesen Oberhauteiweißen sind zu untersuchen. In der vorliegenden Mitteilung rekapitulieren nun die Verff. die wichtigeren Arbeiten über Albumosen und bearbeiten die Einreihung der Hornalbumosen unter dieselben und ihre Darstellung im Großen. Zur letzteren verwenden sie Hornmehl, dessen Hornsubstanzen mit Schwefelsäure aufgeschlossen werden. Bezüglich der Methodik und der chemischen Details sei auf das Original verwiesen.

Weill, G. Die Bedeutung des Kaliumpermanganats für die Lupusbehandlung bei Kriegsteilnehmern. p. 378.

Das Kaliumpermanganat in Substanz stellt ein einfach anzuwendendes, die übrigen Arzneimittel an Sicherheit und rascher Wirkung weit übertreffendes, elektiv wirkendes Lupusmittel dar. Es eignet sich in hervorragender Weise zur Behandlung des Lupus bei Kriegsteilnehmern.



Nr. 17.

Galewsky. Kriegsdermatosen und der Einfluß des Kriegsdienstes auf die Krankheiten der Haut. p. 385.

Aus der ausführlichen Mitteilung Galewskys ergibt sich, daß die Zahl der Kriegsdermatosen als auch die Verschlimmerungen, die durch den Krieg bei einer Reihe von Hautkranken hätten eintreten können, äußerst gering waren. Naturgemäß waren die Staphylokokkenerkrankungen, mit oder ohne vorausgegangener Pedikulosis, diese selbst, ferner Skabies, Eczema marginatum, Pferderäude, die am häufigsten vorkommenden. Von den anderen Hautkrankheiten beeinträchtigten Ekzem, Lichen simplex und Psoriasis nur verhältnismäßig die Felddiensttauglichkeit. Es kam da vor allem auf den Sitz der Erkrankung an, beziehungsweise auf ihre Ausbreitung. Progredienter oder entstellender Lupus vulgaris mußte vom Felddienst ferngehalten werden, ebenso auch Lupus erythematodes des Gesichtes. Urtikaria sah Verf. nur selten. Peliosis circumscripta trat einmal angeblich plötzlich nach einer Verschüttung auf. Von sonstigen Dermatosen beschreibt Galewsky Exantheme nach Schutzimpfungen, nach Schußverletzungen, sowie nach Nervenverletzungen durch Schuß (glossy skin).

Jacobsthal, E. Zur Wertung der neuen Bruckschen Salpetersäurefällungsreaktion auf Syphilis. p. 395.

Ergebnis: Der Bruckschen Reaktion kommt praktisch keine Bedeutung zu; ihr Wesen ist noch unerklärt. Es wurde eine beträchtliche Beeinflussung des Ausfalls der Reaktion durch Variation der Temperatur der Reagentien festgestellt in dem Sinne, daß tiefe Temperaturen (0°) die Zahl der —, hohe (37°, 56°) die Zahl der + Reaktionsausfälle erhöhen.

Nr. 18.

Unna, P. G. Die Rosaniline und Pararosaniline. p. 409.

Unna kommt auf seine vor 30 Jahren unter demselben Titel erschienene Mitteilung zurück, die seinerzeit ablehnende Kritik fand. „Was Neisser und Witt so undenkbar erschien, daß sich allein auf dem Fehlen einer CH_3-Gruppe am Benzolkern eine histologische Arbeitsmethode aufbauen könnte und umgekehrt, daß bloß auf die Färbung eines Lepraschnittes hin die Differentialdiagnose zwischen Rosanilinen und Pararosanilinen entschieden werden könnte, hat die Folgezeit als vollkommen richtig

erwiesen und gleichzeitig gelehrt, daß in dem damals (von Unna) entdeckten hindernden Einfluß der CH_3-Gruppe ein gesetzliches chemisches Verhalten von weitreichender Bedeutung vorliegt". Auf der Entdeckung des Hindernisses durch die CH_3-Gruppe im Benzolkern baut sich heute eine in physiologisch-chemischer Beziehung sehr wichtige Theorie auf.

Sweitzer, S. E. Radium bei Hautkrankheiten p. 419.

Nichts Neues.

Nr. 19.

Much, H. Tuberkulosebehandlung mit Partigenen. p. 433.

Partialantigene (Handelsname Partigene) sind chemisch verschiedene Stoffe des Tuberkelbazillus. Jedes Partialantigen hat seinen eigenen Partialantikörper. Sie werden gewonnen durch längere Einwirkung verdünnter Säuren (z. B. Milchsäure) auf unveränderte Tuberkelbazillen. Eine Abwehr gegen die Erreger ist nur dann möglich, wenn gegen alle Partialantigene die dazu gehörigen Partialantikörper genügend vorhanden sind. Die Therapie muß anstreben, die Partialantikörper, so weit sie fehlen, zu ergänzen, und so weit sie ungenügend da sind, zu verbessern. Dies geschieht durch Einspritzung der Partigene, welche die nötigen Partialantikörper durch aktive Immunisierung bilden. Vor der Behandlung muß die Immunität bestimmt werden. Die Zellimmunität wird gemessen durch intrakutane Hautimpfungen mit verschiedenen Verdünnungen der Partigene. Dadurch gewinnt man die „mathematische Immunitätsanalyse" und die Grundlage für die „mathematische Immuntherapie". Bezüglich der Einzelheiten dieser Bestimmungen und der sich darauf aufbauenden Behandlung sei auf das Original verwiesen. Eine Statistik über diese Behandlungsmethode ergab für Lungen- und chirurgische Tuberkulose sehr gute Erfolge. Auch durch unspezifische Mittel kann der Immunkörperspiegel gehoben werden. Die „mathematische Immunitätsanalyse" läßt auch ermessen, ob der eingeschlagene Behandlungsweg zum Ziele führen wird, ob das angewandte Mittel verstärkt oder abgeschwächt werden, oder durch ein anderes ersetzt werden muß.

Allard, E. Einige Bemerkungen zur Frühdiagnose der Variolois. p. 442.

Der Unterschied zwischen Variolois und Variola vera betrifft die Temperatur, das Allgemeinbefinden, das Exanthem. Bei der Variolois fällt das Initialfieber im allgemeinen

fort. Das Exanthem entsteht sehr rasch und lokalisiert sich so wie V. vera. Es vereitert auch sehr rasch (schon innerhalb 12 Stunden). Am harten Gaumen treten sehr gewöhnlich Pusteln auf. Nach Allard kommen auch leichte Fälle von Variolois sine exanthemata vor.

Kaufmann, A. Colcott Fox. Nekrolog.

Nr. 20.

Unna. P. G. und *Golodetz*, L. Die Tiefenwirkung der Silberverbindungen. p. 449.

In dem ersten Abschnitt ihrer Mitteilung geben die Verff. einen historisch-kritischen Überblick über die Frage der Tiefenwirkung der Silberverbindungen, in welchem sie sich gegen die von Neisser und seiner Schule vertretene Anschauung von der Selbsthemmung der Höllensteinwirkung im Gewebe und den Fortfall dieser Hemmung bei den Silbereiweißverbindungen wenden. Die für das Argent. nitric. nach Schuhmachers Theorie bestehende Tiefenwirkung erscheint ihnen durch diese Theorie nicht genügend geklärt.

Der 2. Abschnitt ist vor allem der Methodik der Verff. gewidmet. Als Gewebsmaterial verwendeten sie frischen Herzmuskel des Schweines, als Indikatoren für das Eindringen der Ag-Verbindungen in das Gewebe Hydrosulfit und Neutralviolett extra. Alle Ag-Verbindungen wurden in Substanz verwendet, auf das Gewebe aufgelegt, mit einem Tropfen Wasser befeuchtet und $^1/_2$ Stunde liegen gelassen. Auf Grund dieser Versuche fanden die Verff., daß alle Silbersalze mehr weniger tief in das Gewebe eindringen, wobei die Tiefe ihres Eindringens in erster Linie von ihrer Wasserlöslichkeit abhängt. Am meisten ist dies der Fall bei Silbernitrat und Silberperchlorat. Silberchlorat, Silberol, Argentol, Ichthargan, Aktol und Argentamin dringen ziemlich tief ein und oxydieren, aber weniger stark. Ag-Permanganat und Ag-Sulfat haben erheblich geringere Tiefenwirkung. Die Bindung des Ag-Salzes an das Gewebseiweiß bildet kein Hindernis für das Eindringen des Ag-Salzes. Die Tiefenwirkung der Ag-Eiweißverbindungen ist fast Null. Nur das Argentum proteinicum und das Albargin haben geringe Tiefenwirkung. Sie fehlt vollständig den kolloidalen Ag-Präparaten. Die echte Tiefenwirkung ist allein den Ag-Salzen vorbehalten. Die Grundbedingungen, welche das Zustandekommen einer Tiefenwirkung zur Folge haben, sind die Jonisierbarkeit, die leichte Wasserlöslichkeit und die oxypolare Verwandtschaft zum reduzierenden Gewebseiweiß.



Wolff. Tierkohle bei Blennorrhoea vaginae. p. 467.

Empfehlung der Tierkohle, die rein oder mit Bolus in die Scheide geschüttet oder eingestäubt wird; darnach lockere Tamponade. Der gute Erfolg beweist, daß bei der Heilung infektiöser Sekretionen die direkte Vernichtung des Erregers weniger eine Rolle spielt als die indirekte, durch Veränderung seiner biologischen Bedingungen.

Winkler, F. Zur Behandlung der Frostbeulen. p. 468.

Winkler empfiehlt seine Epikarin-Kaseinsalbe, sowie eine ölige Lösung von Tribromnaphthol als Verbandmittel; bei exulzerierten Pernionen 10% Cycloformsalbe oder 10% Lösung des Cycloform in Ichthyol.

Winkler, F. Menstruelle Ecchymosen, durch Darmparasiten hervorgerufen. p. 469.

Nach Entfernung einer Taenia solium hörten die bestehenden Menorrhagien und Ecchymosen auf. Als beide wieder auftraten, ergab die Stuhluntersuchung Cestodeneier. Gleicher Erfolg wie bei der ersten Tänienkur. 3 Monate später neuerlich Proglottiden im Stuhl. Bei der neuerlichen Kur ging auch der Tänienkopf ab; seit der Zeit blieben Ecchymosen und Hämorrhagien dauernd aus.

Nr. 21.

Günther, H. Über eine besondere Talgdrüsenaffektion (Sebozystomatosis). p. 481.

An der Haut der unteren Sternalgegend fanden sich zahlreiche, pfefferkorngroße, etwas erhabene Knötchen. Die bedeckende Haut normal. Nach Inzision eines Knötchens entleerte sich ein Tropfen einer gelblichen, syrupartigen, kaum getrübten Flüssigkeit. Die mikroskopische Untersuchung ergab Zysten, deren Membran kleine spindelförmige Talgdrüsenlappen anliegen. Die Zysten sind vermutlich durch Verschluß und Erweiterung eines Drüsenganges entstanden. Bisher sind zwei derartige Fälle beschrieben worden.

Frühwald, R. Uber spitze Kondylome im Kindesalter. p. 486.

2 Fälle. In dem einen waren die typischen Kondylome am Genitale lokalisiert und es bestand Gonorrhoe, in dem anderen saßen sie am After.

Paschen, E. Über Varizellen. p. 488.

Bei Varizellen fehlt das Prodromalfieber; der Ausschlag tritt mit Beginn des Fiebers auf. Die histologischen



Untersuchungen von Varizelleneffloreszenzen ergaben die gleichen Befunde wie Unna und Tyzzer.

Jaeger, J. Das Pflegeamt Altona. p. 492.

Bericht über die Tätigkeit des Pflegeamtes in Altona, das, bei der Polizeibehörde begründet, sich zur Aufgabe stellte, „sittlich gefährdete Frauen und Mädchen vor einem völligen Abgleiten zu bewahren und diejenigen, die auf eine abschüssige Bahn geraten sind, wieder in ein bürgerliches Leben zurückzubringen“.

Oppenheim, M. Über Dermatotypie. p. 497.

Das daktyloskopische Verfahren ist besonders geeignet für die Abbildung der Veränderungen der Haut auf Flachhand und Fußsohlen (Dermatotypie). Man kann damit gut zum Ausdruck bringen: die Konfiguration von vertieften oder erhabenen trockenen Hauteffloreszenzen (Papeln, Knötchen, Narben, Auflagerungen etc.), ferner die allgemeine Beschaffenheit der Hautoberfläche (eben, glatt, warzig, runzlig, gefältelt etc.), weiters das Wachstum oder das Verschwinden von Hauteffloreszenzen, endlich die Schwielenbildung auf Handtellern und Fußsohlen. Beschreibung des Verfahrens und Reproduktion von Abbildungen (Erythema toxic. bullosum, Hyperidrosis, Stockschwiele, Keratoma heredit.), welche seine Brauchbarkeit erweisen.

Sprinz, O. Die Entwicklung der Zirkumanaldrüsen des Menschen. p. 503.

Bei einem Fötus von 19·5 *cm* Länge fanden sich in der Analgegend an zahlreichen, aber nicht an allen Haaren Schweißdrüsenanlagen, die schon im Stadium des Haarzapfens auftraten. Sämtliche Schweißdrüsen entwickeln sich vom Haar aus und nicht von der freien Oberfläche. Die Schweißdrüsenbildung hebt an den Haaren etwa gleichzeitig an. Der Beginn der Schweißdrüsenentwicklung schwankt innerhalb gewisser Fruchtlängen; bei größeren Föten (23·5 *cm* und 30 *cm* langen) fanden sich massenhafte, aber noch ganz winzige Schweißdrüsenanlagen. Die Bildung der Talgdrüsen dieser Gegend hält mit der der Haaranlagen gleichen Schritt. Bei einem Fötus von 31·5 *cm* Länge findet sich auch eine 2. Generation von Schweißdrüsen, die ihren Ursprung von der freien Epidermis nimmt. Sie sind viel zahlreicher als die vom Follikel entsprossenen. Auch bei einem etwas größeren Fötus fanden sich dieselben Verhältnisse. Bei einem 2 Monate alten Kind ließ sich noch bei einem Teil der großen tubulösen Drüsen der Zusammenhang mit einem Haar erkennen. Die Untersuchung eines 26jährigen Mannes zeigte schon mit bloßem Auge sichtbare, mächtige, sezernierende Knäuel

mit streckenweiser Erweiterung der Drüsenschläuche. Die Drüsen münden, sowie auch schon bei dem 2 Monate alten Kind, frei und unabhängig vom Haar.

Bruck, C. Zur serochemischen Reaktion bei Syphilis. p. 516.

Bruck gibt selbst zu, daß seine Salpetersäurefällungsmethode in der jetzigen Form zur Luesdiagnose noch nicht brauchbar ist. Er nimmt jetzt statt ihrer Fällungen inaktiver Sera nach folgender Technik vor: Ganz klare Sera werden ½ Stunde bei 56° inaktiviert. Reagens I: Alkohol 96% 100 *ccm* + Aq. destillat. 200 *ccm*. Reagens II: Alkohol 96% 80 *ccm* + Aq. destillat. 220 *ccm*. Zum Versuch werden von jedem Serum 2 Röhrchen angesetzt: *a)* enthält 3 *ccm* Reagens I, *b)* enthält 3 *ccm* Reagenz II bei 15° in jedes Röhrchen 0·2 *ccm* des Serums. Umschütteln! Bei negativen Seren tritt keine Trübung ein, bei positiven Seren in Röhrchen *a)* starke, in *b)* deutliche Trübungen, die schon nach 10 Min. abgelesen werden können und dann in Flockungen übergehen. Leichtes Erwärmen, sowie Kochsalzlösung bringen den Niederschlag zur sofortigen Lösung. Die Methode hat sich bei 250 Fällen bewährt. Die Ubereinstimmung mit der W.-R. war eine weitgehende, bei Primäraffekten scheint die Methode noch eher + Resultate zu ergeben wie die W.-R. (analog der Klausnerschen Reaktion). Außerdem erprobte Bruck eine Fällungsmethode mit schwachen Säuren: 0·2 *ccm* inaktives Serum wurde mit 2 *ccm* Aq. dest. versetzt und 0·3 *ccm* Milchsäure 1‰ zugesetzt. Die Methode scheint mit der Alkoholmethode gleichsinnige Resultate zu ergeben.

Waelsch (Prag).

Dermatologisches Zentralblatt.

XX. Jahrgang. Nr. 5.

Von der Porten, P. Die Behandlung der Stomatitis mercurialis mit Rhodalzid.

Im Anschluß an die vorliegenden Beobachtungen, daß bei Zahnkaries die Rhodansalze im Speichel fehlen und daß somit der Gehalt an Rhodansalzen im Speichel eine Schutzkraft für die Zähne bedeute, sowie daß der Rhodangehalt im Speichel der Luetiker verringert ist, verwendete v. Porten Rhodalzid bei Stomatitis mercurialis. Schon nach zweitägigem Gebrauch des Rhodalzid, eines ungiftigen Rhodaneiweißpräparates, schwindet im allgemeinen bei den Patienten die vermehrte unangenehme Salivation, der Foetor



ex ore ist nicht mehr zu konstatieren und auch subjektiv wird der schlechte Geschmack nicht mehr empfunden. Auch bei einem Fall von Leukoplakie besserte sich die leukoplakische Zunge. Autor empfiehlt in Fällen, in denen man längere Zeit Rhodalzid verabreichen will, nach 14tägiger Rhodalzidmedikation 14 Tage damit zu pausieren. Rhodalzid kommt einerseits als Heilmittel bei Stomatitis mercurialis, andererseits als Palliativum bei Hg-Kuren in Betracht.

Nr. 6.

Solger, B. Zur Ausführung intravenöser Einspritzungen am Arm. p. 98.

Solger empfiehlt bei schwacher Entwickelung der Kubitalvenen sich nicht pedantisch an das Schema zu halten, das die Kubitalvenen für die Venaepunktion in den Vordergrund stellt, sondern eine besser geeignete Vene zu nehmen, wo man sie findet. Oft ist die aus dem Rete venosum dorsale kommende Vene, welche zunächst auf der Streckseite des Vorderarmes aufwärts läuft und ungefähr an der Grenze des mittleren und oberen Drittels die Ulnarkante überschreitet, durch ihr größeres Kaliber für die Venaepunktion günstig.

Wolff. 1. Ein Fall von Erosiones circinnatae durch Spirochaeta refringens beim Weibe.

2. Ein Fall von multiplem Initialaffekt.

Wolff fand bei frischroten zirzinnären Erosionen an der Innenfläche der Labien im Abstrich Spirochaeta refringens und regt an, bei ähnlichen Fällen auf Spirochaeta refringens zu untersuchen, da dadurch die Vermutung Max Josephs von der Übertragbarkeit der Balanitis erosiva circinnata durch Kohabitation an Wahrscheinlichkeit gewinnt.

2. Beobachtung von multiplem Initialaffekt in Form von drei über die Haut erhabenen, fleischroten Erosionen ohne harten Grund und Rand am Innenblatt des Präputium.

Nr. 7.

Better, O. und *Kohnheim*, W. Über Karl Brucks serochemische Reaktion bei Syphilis. p. 114.

179 Sera wurden gleichzeitig nach der Wassermannschen Originalmethode, der Sternschen Modifikation und nach Bruck untersucht. 102 nach Bruck untersuchte Sera stimmten mit W.-R. und Stern überein. In 40 Sera war W.-R. und Stern positiv, Bruck dagegen negativ. 32 nach W.-R. und Stern negative Sera waren nach Bruck positiv. 5 Sera waren W.-R. negativ, Stern posi-



tiv, während die Bruck sche Reaktion 2 mal ein positives und 3 mal ein negatives Resultat lieferte. Mit einer Ausnahme hat die Bruck sche Methode bei spätluetischen Erkrankungen (Tabes, Paralyse), bei denen W.-R. und Stern positiv ausfielen, negative Resultate gegeben. Die Autoren kommen auf Grund ihrer Untersuchungen im allgemeinen zu unbefriedigenden Resultaten.

Nr. 8.

Raff, J. Ein Fall von Dermanyssus avium (Vogelmilbe). p. 130.

Bei einer Frau, die über heftiges Jucken, am Tage stärker als bei Nacht, klagte, zeigte sich ein papulöses Exanthem an den Streckseiten der Arme, an beiden Unterschenkeln, am stärksten an der Brust. Diese akut auftretende juckende Hauterkrankung wurde aufgeklärt durch das Auffinden $^1/_2$ *cm* großer, brauner, schnell herumlaufender Tiere am Hemde der Patientin, welche die Vogel- oder Geflügelmilbe bei der Arbeit mit Holz, unter dessen Rinde die Tiere sich aufhielten, akquiriert hatte. Die Behauptung früherer Autoren, daß hauptsächlich die unbedeckt getragenen Körperstellen befallen seien, stimmte in diesem Falle nicht. Am stärksten befallen war die Brust, gar nicht dagegen das Gesicht. Heilung nach Desinfektion der Wäsche und Kleider in 8 Tagen.

Nr. 9, 10, 11.

Wolff, Metz. Chronische gonorrhoische Entzündung der vesicula seminalia und der Ampullae als Ursache wiederholter urethraler Sekretion und rheumatoider Beschwerden. p. 146.

Bei einem Mann, der vor 7 Jahren Gonorrhoe gehabt hatte, zeigte sich seit Jahren Ausfluß aus der Harnröhre, der stets von ziehenden Schmerzen im Kreuz, die nach dem Genitale und den Innenseiten der Oberschenkel ausstrahlten, begleitet war. Im Sekret zahlreiche intrazelluläre Gonokokken neben dem für Sekret aus den vesiculi semin. typischen Befund. Massage der höckerigen vesicula und Ampullen ergab dasselbe makro- und mikroskopische Bild. Während der Massage der Ampullen trat besondere Empfindung der oben beschriebenen Schmerzen auf. Leider fehlt die Beobachtung, ob sich die rheumatoiden Beschwerden synchron mit der Behandlung der gonorrhoischen Erscheinungen besserten.

Porten, Paul von der. Über Styrolin. p. 148.

Styrolin stellt eine Lösung von Harzen in aromatischen Estern dar. Sowohl Harze als Ester sind unschädlich für



die Nieren. Autor verwendete eine Lösung von Styrolin in Spiritus zu gleichen Teilen und erzielte in den meisten Fällen bei 2maliger Einreibung von je 100 cm^3 der Lösung gute Erfolge. In einem der beschriebenen 6 Fälle mußte eine Kur mit 20%iger Schwefelsalbe angeschlossen werden.

Saudek, J. Über Granugenol (granulierendes Wundöl Knoll). p. 162.

Saudek verwendete das Granugenol meist pur, indem er es auf das Geschwür träufelte und sofort mit hydrophiler Gaze deckte, sowie unter leicht komprimierendem Drucke verband. Bei 12 Fällen von Geschwüren an den Extremitäten und 6 Fällen von größeren Furunkeln nach vorausgegangener Inzision, sowie bei mehreren inzidierten Leistenbubonen wurde günstige Wirkung beobachtet, die sich in rascher Reinigung der Wunde und beschleunigter Heilung beziehungsweise in beschleunigter bindegewebiger Ausfüllung des Substanzverlustes äußerte. Dagegen zeigte sich keine sicher reinigende Einwirkung des Präparates bei der Impetigo vulgaris und den verschiedenen Pyodermien.

Brenning. Condylomata acuminata bei Kindern. p. 178.

Spitze Kondylome bei nicht gonorrhoisch infizierten Kindern gehören zu den größten Ausnahmen. Autor beobachtete bei einem 5jährigen Knaben, der sonst völlig gesund war, spitze Kondylome am Rande der Vorhaut.

Wolff. Ambulante Behandlung der akuten Epididymitis mittels Stütz- und Stau-Heftpflasterringes. p. 179.

Wolff empfiehlt einen etwa 3 *cm* breiten Streifen Leukoplast als fest einschnürenden und den Skrotalinhalt in seiner Lage festhaltenden und stützenden Ring um den Skrotalzipfel, als Stütz- und Stauverband, welcher dem Kranken das Umhergehen gestattet. Die eingeschnürten Stellen des Skrotums müssen auf etwaige Schädigungen durch den Verband genau angesehen werden. Als Suspensorium während dieser ambulanten Behandlung ist das Neisser-Lenglebertsche geeignet, welcher durch ein Band, das über Nabelhöhe die beiden Schenkelbänder verbindet, erhöhte Festigkeit erreicht.

Hugo Fasal (Wien).

Zeitschrift für Sexualwissenschaft.

Bd. III. Heft 4—12.

Hirschfeld, M. Die Psychoneurosen der Entwicklungsjahre. p. 153.



In einem längeren Aufsatz wird eine Übersicht über die Psychoneurosen der Entwicklungsjahre gegeben.

Der Einfluß der Evolutions- und Involutionsprozesse in den Geschlechtsdrüsen auf das menschliche Denken, Fühlen, Wollen und Handeln ist ganz ungeheuer. Es kann hier nur flüchtig auf die große Menge der in Betracht kommenden Neurosen und Psychoneurosen verwiesen werden, die nicht nur für den Praktiker, sondern auch für den Gerichtsarzt von großer Bedeutung sind. In der Pubertität, während des Klimakteriums, der Menstruation, der Schwangerschaft, der Entbindung, im Wochenbett und während des Stillens können von Natur aus labilere Organismen aus anscheinend geringfügigen Anlässen tiefgreifende Schädigungen erleiden.

Schneidewin, M. Einmal etwas mehrseitigere Gedanken zum Geburtenrückgang. p. 168.

Nicht zu kurzem Referate geeignet!

Löwenfeld, L. Nachtrag zur Abhandlung „Über die Mittel, die zur Sicherung unserer staatlichen Existenz nötige Volksvermehrung dauernd herbeizuführen". p. 175.

Es wird als Nachtrag auf die Ausführungen Pichlers in der bayrischen Abgeordnetenkammer hingewiesen, der zur wirtschaftlichen Entlastung kinderreicher Familien eine Art Versicherung durchzuführen empfiehlt, durch welche Jahresleistungen mit ungefähr 200 Mark, 150 Mark und 100 Mark für jedes 3. und 4. und folgende Kind ermöglicht werden.

Rosenthal. Ein moderner Blaubart. p. 177.

Nicht zu kurzem Referate geeignet.

Nenna, *Praetorius*. Zur Anwendung des § 175 St.-G.-B. p. 179.

Es wird gegen eine neue Reichsgerichtsentscheidung betreffend den § 175 polemisiert; darnach kann ein Anfassen des eigenen und eines fremden männlichen Gliedes mit der Hand, Aneinanderpressen derselben und Reibung an einander eine beischlafähnliche Handlung darstellen.

Fürth, H. Der Krieg und die Bevölkerungsfrage. p. 193.

Um die großen Menschenverluste, die der Krieg mit sich gebracht hat, auszugleichen, wird zunächst einmal die Vermehrung der Ehemöglichkeit durch Aufhebung des Zölibates, Verzicht auf die Kautionspflicht der Offiziere beim Eheschluß, Gestattung der Ehe für die weiblichen Beamten und Lehrerinnen vorgeschlagen.



Daß eine Ausgestaltung des Säuglingswesens, der Mutterschaftsversicherung und des Mutterschutzes zu diesem Zwecke von Vorteil wäre, ist fraglos. Von großer Bedeutung ist die Einschränkung der Abtreibungen, die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten sowie die Lösung der Frage unehelicher Kinder.

Saaler, B. Über den psychosexuellen Infantilismus, die Freudsche Lehre und Catherina Godwin. p. 214.

In Anlehnung an die Freudschen Lehren von der Entwicklung der Sexualität kann der psychosexuelle Infantilismus folgendermaßen charakterisiert werden: In der frühen Phase des „Narzißmus“ bedarf das Individuum zur Befriedigung seiner Libido keines Objektes. Es steht der Außenwelt entfernt gegenüber und besitzt lediglich das eigene Ich als Lustquelle. Später nimmt es Objekte der Außenwelt, soweit sie als Lustquelle dienen können, in sich auf. Auch in diesem Stadium steht der Lustcharakter des Ichs über jedem anderen. Erst nach Überwindung des Autoerotismus erfolgt die Verknüpfung des Sexualtriebes lediglich mit Objekten der Außenwelt und wird, je reifer er ist, nicht nur um so höhere Anforderungen an die Persönlichkeit des Objektes stellen, sondern auch die Befriedigung in Rücksichtnahme auf das Objekt suchen. Diese egozentrische Einstellung läßt im Gegensatz auf Altruismus, der das Kennzeichen der Liebe darstellt, auf eine unvollendete Entwicklung schließen. Sexualtriebe, die in ihrer Entwicklung gehemmt sind, haben nur ein Vorstadium zu ihrem Ziel. Dieses Vorstadium, von Freud „Vorlust“ genannt, ist mit dem Ziel einer früheren Entwicklungsstufe identisch und daher infantil. Einen solchen Infantilismus weist Saaler in zwei Werken von Catherina Godwin nach.

Schneickert. Die körperliche Untersuchung zum Nachweis von Sittlichkeitsverbrechen. p. 223.

Gelegentlich eines Verfahrens wegen Sittlichkeitsverbrechens wurde der Beschluß gefaßt, daß die körperliche Untersuchung einer Frau durch einen oder mehrere Ärzte erzwungen werden kann, da nur auf diese Weise ein Entlastungsbeweis des Angeklagten vielleicht erbracht werden kann.

Stekel, W. Das sexuelle Trauma des Erwachsenen. p. 233.

Es gibt Fälle, wo durch sexuelle Traumen Psychosen ausgelöst werden können, die bisher immer als konstitutionelle Erkrankungen bezeichnet wurden. Daraus geht



hervor, daß bei gewissen Menschen nicht das Trauma als solches schädlich ist, sondern die Art, wie das Individium darauf reagiert. Natürlich könnte auch ein anderer schwerer psychischer Konflikt in einem solchen Falle das auslösende Moment einer Psychose darstellen. Und nun wird an Krankengeschichten gezeigt, wie nach dem ersten sexuellen Erlebnisse z. B. eine dementia praecox auftreten kann, depressive Zustände, nervöse Angstvorstellungen u. dgl. Man hat bis jetzt das infantile Trauma in gleicher Weise überschätzt, wie man das Trauma des Erwachsenen unterschätzt hat. Natürlich wirkt ein solches Trauma nur bei einer schon vorhandenen Krankheitsanlage.

Vaertnig, M. Die monogame Veranlagung des Mannes. p. 245.

Es wird intensiver Schutz der männlichen Monogamie gefordert, denn die Polygamie des Mannes gefährdet die Erhaltung des Nachwuchses in weit stärkerem Maße als die des Weibes. Es scheint auch, als ob der Mann von Natur aus auf eine monogame Geschlechtsverbindung hingewiesen wird.

Levy, L. Sexualsymbolik in der Simsonsage. p. 256.

In interessanter Weise wird der gesamte Inhalt der Simsonsage sexuell gedeutet. So z. B. sein bekanntes Rätsel:

„Vom Essenden kommt Speise,
Aus dem Starken kommt Süßes."

Wobei Essen Verkehr bedeutet, der Starke den Penis, die Speise und das Süße ist als Symbol für Samen gesetzt.

Fehlinger, H. Domestikation und die sekundären Geschlechtsmerkmale. p. 271.

Durch Domestikation werden die sexuellen Geschlechtsmerkmale ausgebildet. Das sieht man bei einem Vergleich der Rassen sehr deutlich. Am wenigsten ausgebildet scheinen die sexuellen Geschlechtsmerkmale bei den verschiedenen Pygmäenrassen zu sein, besonders jenen des zentralafrikanischen Urwaldes. Der Gegensatz zwischen dem reifen Europäerweibe mit starker Tailleneinziehung und großer Beckenbreite mit dem reifen Manne ist in jeder Beziehung sehr auffällig und eine Folge der langdauernden Domestikation verbunden mit Auslese.

Fleischer, F. Moralität und Sexualität. p. 313.

Viele Fragen der sozialen Fürsorge hängen mit sexuellen Problemen zusammen, so z. B. die Krankenfürsorge der Geschlechtskranken, Mutterschutz u. dgl. Auch die



Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten, wozu die Aufklärung und Warnung der Jugend gehört, ist von ungeheurer Wichtigkeit. Aber es ist bekannt, daß alles, was mit sexuellen Problemen zusammenhängt, noch heute selbst in freier denkenden Kreisen nur vorsichtig angetastet wird. Dieses merkwürdige Verhalten steht in innigem Zusammenhange mit den herrschenden Moralanschauungen. Anschließend wird eine Arbeit von Albert Eulenburg besprochen, die schon hier referiert wurde.

Zude, W. Welches ist die älteste lebende Menschenrasse? (Ein sexualwissenschaftlicher Seitenblick.) p. 318.

Diese Frage läßt sich vielleicht einigermaßen beantworten, wenn man sexuelle Merkmale wie z. B. Stellung des Gliedes in erigiertem Zustande, Verlängerung der Labiae minores und des Praeputiums clitoridis, die Lage der Brust, den Fettsteiß und ähnliches zur Beantwortung heranzieht. Danach könnte das tertiäre Mittelmeer-Gebiet als Heimat des Menschengeschlechts angenommen werden.

Reisinger, L. Einige Bemerkungen zur Spezifität des männlichen und weiblichen Geschlechtstriebes. p. 343.

Die bekannte Tatsache, daß der Geschlechtstrieb im Manne spontan zum Durchbruch gelangt, während er beim Weibe erst durch den sexuellen Verkehr geweckt wird, läßt sich durch die physiologische Verschiedenheit der Geschlechtsanlage erklären. Beim Manne kommt es durch Pollutionen im Pubertätsalter zur Wollust; sie lenken frühzeitig seine Aufmerksamkeit auf das sexuelle Gebiet. Die Erektionen verursachen ein lästiges Spannungsgefühl in den Genitalien und zwingen geradezu nach einer Möglichkeit zu suchen, um dem Detumeszenztriebe Genüge zu leisten. Dagegen fehlt beim Weibe dieser autogene Drang und so ist es ihm leichter, die sexuellen Wünsche dem Willen unterzuordnen.

Numa, Praetorius. Der Streit um Walt Withmans Homosexualität im „Mercure de France“ und den „Archives d'anthropologie criminelle“ vom Jahr 1913—14. p. 326 u. 364.

Nicht zu kurzem Referate geeignet. Interessant ist die Feststellung, daß die unleugbare Tatsache der Inversion bei einem berühmten Manne mit allen Mitteln verheimlicht werden soll, bloß weil es sich um Homosexualität handelt.

Fehlinger, H. Sexualprobleme des Krieges. p. 340.

Durch den starken Männerverlust wird nach dem

Kriege ein Frauenüberschuß auch in den Jahren des besten Heiratsalters eintreten. Dadurch wird zunächst einmal eine ungeheure Steigerung der sexuellen Not bei den Frauen eintreten mit allen den bekannten Nachteilen. F. wendet sich auch gegen die Ansicht, als ob sich die Männer im Felde besonders häufig infizierten.

Schweitzer, E. E. Das preußische Herrenhaus und die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten p. 353.

Die Debatte über den Antrag Bissings, in der der Wortlaut des Antrags dahin abgeändert wurde, daß nicht mehr von einer plamnäßigen sexualpädagogischen Belehrung der Schüler und Schülerinnen, sondern von einer zur Verhütung geschlechtlicher Verirrungen geeigneten, sittlich festigender Beeinflussung gesprochen wird, läßt eine Moral erkennen, die nicht die herrschende ist. Gesetz und Gericht hat wiederholt dargetan, daß die Ehefrau nicht berechtigt ist, die Ehe anzufechten aus dem Grunde, weil der Mann vor der Ehe außerehelich verkehrt hat. Nun aber soll die Schule den Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten mit Argumenten führen, die nicht nur den Tatsachen des täglichen Lebens widersprechen, sondern auch den Grundsätzen, die von den Gerichten verkündet werden. Der Antrag des Fürstbischofs Bertram mag ja an und für sich sehr moralisch sein, im Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten werden aber derartige veraltete Anschauungen sicherlich keinen Erfolg erzielen.

Schneickert, H. Die Monogamie des Mannes ein Naturgesetz? p. 359.

Eine Polemik gegen Vaerting, in der dessen Anschauungen als nicht genügend begründet abgewiesen werden.

David, E. Krieg und Bevölkerungspolitik. p. 393.

Bis zum Kriege ließ man alles gehen, wie es eben ging; höchstens verstieg man sich zu wohlwollenden Ratschlägen, ja nur recht viel Kinder zu zeugen. Um das Übrige kümmerte sich die Allgemeinheit nicht. Das Wichtigste aber wären Taten! Vermehrung der Geburten nicht nur predigen, sondern auch materiell ermöglichen; Verminderung der Sterbefälle durch bessere Hygiene, besonders durch Mutter- und Säuglingsschutz. Die Hauptsache aber ist die Abschaffung des Zwangszölibates. „Statt zu versuchen, denen Kinder aufzuzwingen, die keine haben wollen, sorge man dafür, daß alle soviel Kinder haben können, wie sie haben wollen."



Croner, S. Sexualwissenschaft und Strafrechtsreform. p. 402.

Nicht zu kurzem Referate geeignet.

Gerson, Adolf. Brunstreflexe und Geschlechtsinstinkte. p. 410 u. 483.

Die äußerst interessante Abhandlung eignet sich nicht zu kurzem Referate.

Pirkner, E. H. F. Liebe beim Menschen und Liebeswerben bei niederen Organismen. p. 426.

Nicht zu kurzem Referate geeignet.

Kisch, H. Pathologische Folgezustände durch Coitus interruptus bei Frauen. p. 428.

Der C. i. hemmt den Schlußakt der weiblichen Erregung; dadurch kommt es in der Folge öfters zu Störungen im Bereiche des Nervensystems, der Blutzirkulation und im Gewebe des weiblichen Genitales. Man beobachtet schmerzhafte Empfindungen, Kreuzschmerz, Gefühl der Schwere und Herabdrängen im Becken u. dgl. Die gestörte Blutzirkulation äußert sich in Herzbeschwerden, Angstgefühl, Kopfschmerzen, Schwindel, Schwäche. Am Genitale findet sich häufig chronische Endometritis, Metritis, Perimetritis, Ophoritis als Folge des C. i. Durch Rückhaltung des beim normalen C. ausgestoßenen Sekretes kann es zu Stauungen kommen, die Anlaß zu Zystenbildungen, Degenerationen, Neubildungen geben können.

Ulitzsch, E. Die Erotik im Film. p. 431.

Nicht zu kurzem Referate geeignet.

Hirsch. Konzeptionsverhütung und uneheliche Geburten. p. 439.

Zwischen ehelichen und unehelichen Geburten ist ein bedeutender Unterschied, indem letztere fast immer von den Eltern nicht gewollt sind. Wenn trotzdem so viele uneheliche Kinder zur Welt kommen, so liegt das daran, daß über Schwängerung und Konzeptionsverhütung meist sehr unklare Vorstellungen vorhanden sind.

Vaerting. Erwiderung auf den Artikel von Dr. Schneickert: „Ist die Monogamie ein Naturgesetz?" p. 441.

Polemik.

Eulenburg, A. Die sexuellen Motive bei „Schülerselbstmorden". p. 473.

Sexuelle Motive dürften wohl häufig die Ursache für Selbstmorde Jugendlicher abgeben, bei Weiblichen etwas häufiger als bei Männlichen. In der Hauptsache wird es sich aber fast immer um minderwertige, schwache, erblich

belastete, konstitutionell neuropathische oder psychopathische Individuen handeln.

Reich, Ed. Die Frau der Zukunft, eventuell kein Bild von Jammer und Entartung. p. 491.

Umkehr zur Natur und Verzicht auf die „Frauenemanzipation“ sind für die Frau unbedingt notwendig, um die Menschheit emporzupflanzen.

Bd. IV. Heft 1—4.

Andreas-Salomé, L. Psychosexualität. p. 1 und 49.

Nicht zu kurzem Referate geeignet.

Rohleder, H. Hebung der Geburtenziffer nach dem Kriege. p. 13.

Es ist festgestellt, daß der Geburtenrückgang vor dem Kriege fast nur die ehelichen, sehr wenig oder gar nicht die unehelichen Geburten betraf. Als Ursachen dafür sind anzuführen: Kulturelle Einflüsse, die zunehmende Industrialisierung, der Zuzug vom Lande in die Stadt, die kriminellen Abortuse, die Geschlechtskrankheiten, der Alkoholismus. Zur Behebung dieser Schäden wurde von Anderen Bevorzugung der Verheirateten bei Besetzung von Stellen im Reichs- und Staatsdienst vorgeschlagen; Bevorzugung von verheirateten Bewerbern um Stipendien, Freistellen, Renten usw.; längere Militärdienstpflicht der Junggesellen als der Verheirateten, Junggesellensteuer, Heiratsversicherung, Erziehungsbeiträge usw. R. verspricht sich aber von einer energischen Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, der kriminellen Abortus, des Alkoholismus[1]) mehr. Er befürwortet Wohnungshygiene, Ansiedlungswesen, Aufhebung des Zwangszölibats der katholischen Geistlichen und Beamtinnen, Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit und Beschränkung der Auswanderung.

Stekel, W. Nietsche und Wagner. Eine sexualpsychologische Studie zur Psychogenese des Freundschaftsgefühles und des Freundschaftsverrates. p. 22 und 58.

Nietsches stärkste Liebe war Wagner, sein innigster Wunsch, als großer Musiker zu gelten, größer als Wagner. Er neidete Wagner sein Werk und Kosima; letztere Liebe ist als ein Überspringen von der Liebe zu Wagner auf das von Wagner geliebte Wesen zu deuten. Alles Sonderbare in Nietsches Wesen wird erklärt durch eine unbe-

[1]) Soll wohl Alkoholgenuß heißen, denn Mäßigkeit ist der erste Schritt zur Trunksucht. Der Ref.

wußte homosexuelle Komponente. Als er sich in seiner Liebe zu Wagner getäuscht sah, da er nicht der Erste unter Wagners Jüngern sein konnte, schlug seine Liebe in Haß um. Das aber durfte er sich nicht eingestehen; und so schützte er andere Motive vor.

Fehlinger, H. Entwicklungsstufen der Fortpflanzung. p. 29.

Kurze Schilderung der einzelnen Stufen: Teilung, Knospung, Ausbildung besonderer Keimlager, Differenzierung der Keimlager zu Geschlechtsorganen.

Fürth, H. Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in und nach dem Kriege und die Beratungsstellen. p. 65.

Ziemlich populäre Darstellung bekannter Tatsachen.

Hodann, M. Zur Revision des Darwinismus. p. 77 und 129.

Die Grundlagen der Entwicklungslehre sind unangefochten geblieben, bloß die rein selektionistische Erklärung mußte eingeschränkt werden. Der jetzige Standpunkt ist der, daß Neubildung von Arten auf zweierlei Weise möglich ist: durch Kombination zweier genotypisch verschiedener Idioplasmen und durch sprunghafte Mutation. Diesen beiden Formen liegen genotypische Änderungen zugrunde. Auf Grund von vielen Beobachtungen, die in einem kurzen Referate nicht angeführt werden können, ergibt sich aber, daß durch die Selektion nie Neues geschaffen werden kann; es kann zwar durch sie innerhalb einer Art das Prozentverhältnis in bestimmter Art verschoben, aber nie neue Formen erzeugt werden.

Becker, W. H. Männliche und weibliche Geisteskranke. p. 83.

Bei Männern herrschen Alkohol- und Luespsychosen vor, während Frauen häufiger an manisch-depressivem Irresein erkranken. Männer neigen ferner mehr zur Idiotie und Epilepsie als Frauen. Dagegen überwiegen die Frauen bei den verschiedenen Hysterieformen bedeutend.

Zude, W. Der Kukuk in der Sexualsymbolik. p. 88.

Nicht zu kurzem Referate geeignet.

Hugo Hecht (Prag).

Archiv für Frauenkunde und Eugenetik.

II. Band, Heft 2 und 3.

Renz, B. Die Schwangere und die Wöchnerin in völkerkundlichen Beispielen.



Schacht, F. Die wirtschaftliche Verselbständigung der Ehefrau und die Volksvermehrung.

Winternitz, M. Die Frau in den indischen Religionen.

Schultze, E. Wandlungen der Prüderie in England.

Die freien Anschauungen im Mittelalter und zu Shakespeares Zeiten gingen später geradezu in Sittenlosigkeit über; besonders deutlich am Verfall des Theaters festzustellen. Mitte des 18. Jahrhunderts begann eine Besserung einzutreten, Anfang des 19. Jahrhunderts kam wieder ein Rückschlag. Unter der Regierung der Königin Viktoria wurde strenge Zensur geübt und der Prüderie Boden bereitet, die bis vor Kurzem in England Sitte war. Jetzt scheint sich darin ein Umschwung anzubahnen.

Reik, Th. Die Bedeutung der Psychoanalyse für die Frauenkunde.

Unbewußte Vorgänge sind sehr häufig Ursache von Frauenleiden. Ihre Erkennung vermittels der Psychoanalyse setzt den Arzt dann in die Lage, heilen zu können.

Elster, A. Zur Psychologie und Wirtschaft der Mode.

Barsony, J. Eugenetik nach dem Kriege.

Schonung der Frauen und Beschützung unserer Rasse schon vom Zeitpunkt der Konzeption angefangen.

Schacht, F. Die geringere körperliche und geistige Leistungsfähigkeit des Weibes.

Bergemann, P. Sozialpädagogik und ihre Bedeutung für die moderne Frauenbewegung.

Adler, A. Die Frau als Erzieherin.

Elster, A. Aus der Kriegsgesetzgebung 1914 und 1915.

Reich, E. Gebrechlichkeit und Zivilisation.

III. Band, Heft 1—4.

Sellheim, H. Das weibliche Fortpflanzungsleben als eine Kette fruchtbarer und unfruchtbarer Funktionsgänge.

Ovulation und Menstruation sind Teile des Funktionsganges, der von der Herrschaftsgewinnung eines Follikels im Eierstock abhängt. Die Menstruation ist beim Menschen zu einer regelmäßig auftretenden Art „Fehlanzeige der Befruchtung" geworden; es ist wieder einmal eine Befruchtungsanzeige vorübergegangen. Die lokalen Veränderungen der Menstruation an der Niststelle im Fruchthalter

scheinen analog der sogenannten Nachbrunst bei den Tieren, allerdings stark modifiziert.

Lundberg, H. Uber Rassenmischungen, Sippschafts- und Stammehen.

Entgegen einem tief eingewurzelten Glauben muß betont werden, daß die Rassen (resp.) Völker ungleichwertig sind. Sippschafts- und Stammehen sind im allgemeinen nützlich, wenn der Stamm gesund ist. Rassenmischungen sind nicht unbedingt nützlich.

Laubenburg, K. E. Frauenkrankheiten als Erwerbskrankheiten. Nach im Bergischen Lande gewonnenen Erfahrungen.

Zu erwähnen sind außer der Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens Endometritis, Dysmenorrhöe, Salpingitis, Ovariitis auf nicht infektiöser Grundlage. Myombildung ist seltener als sonst, auch Zervixkarzinom, letzteres aber besonders bösartig. Korpuskarzinome und Fibrosis uteri sind schon häufiger. Sehr häufig ist ein Kolitis oder Perikolitis membranacea genannter Symptomenkomplex.

Nassauer, Max. Der Schrei nach dem Kinde.

Zu kurzem Referate nicht geeignet.

Ebeler, F. Tuberkulose und Schwangerschaft unter dem Gesichtspunkte der sozialen Lage.

Schacht, F. Die Sicherstellung der Volksvermehrung.

Bernays, M. Die Kulturarbeit der Frau im neuen Deutschland.

Fehlinger, H. Die Kinderehe in Indien und ihr eugenetischer Einfluß.

Reich, Ed. Betrachtungen zur Wissenschaft des Lebens. Hugo Hecht (Prag).

Festschrift für J. Jadassohn.

(Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte.)

Nr. 39. 1917.

Bloch, B. Beitrag zur Lehre vom Ekzem. p. 1250.

Nach einem kurzen historischen Abriß über die Ekzemlehre, wobei namentlich auf die divergierenden Ansichten betreffend Genese des Ekzems hingewiesen wird, kommt Verf. auf 2 eigene interessante Beobachtungen zu sprechen, die einiges Licht in das Dunkel der Frage zu werfen scheinen.

Beim 1. Fall handelte es sich um eine 30jährige Frau mit latenter Lues, bei der nach innerer und äußerer Jod-



anwendung ein Ekzem auftrat, das alle Charakteristika des gewöhnlichen papulo-vesikulösen Ekzems aufwies. Beim 2. Fall handelte es sich um einen Medizinstudenten, der im pathologischen Institut beschäftigt war und ein Formolekzem aufwies. Es gelang Bloch bei diesem Falle, durch innere Verabreichung von Hexamethylentetramin, bei dem bekanntlich Formol abgespalten wird, das Ekzem in sehr starker Weise hervorzurufen. Sobald die Medikation ausgesetzt wurde, gingen die Ekzemherde, die eine typische papulo-vesikulöse Form aufwiesen, zurück.

Damit ist nach Verf. zum ersten Male der Beweis erbracht, daß ein Ekzem auf hämatogenem Wege durch eine bestimmte, chemisch genau definierte Substanz entstehen kann. Dadurch sei im Prinzip entschieden, daß es ein Ekzem aus innerer Ursache gibt. Es gelte nun mehr denn je, im Stoffwechsel und den Körpersäften des Organismus der Ekzematiker nach Stoffen zu suchen, die für die Entstehung des Ekzems verantwortlich gemacht werden können.

Dösseker, W. K. Über einen Fall von Hautblastomykose. p. 1257.

Verf. hatte Gelegenheit, einen Privatpatienten von Prof. Jadassohn längere Zeit zu beobachten und histologisch sowie bakteriologisch zu untersuchen. Es handelte sich um einen 46jährigen Westschweizer, der nie außerhalb des Landes war und bei dem sich zuerst in der linken Achselhöhle, später in der rechten Achselhöhle und in der Inguinal-, Skrotal- und Analgegend entzündliche Infiltrationsherde zeigten, mit scharfer, aber unregelmäßig serpiginöser Umrandung. In den Achselhöhlen war das Infiltrat flach, zeigte eine entzündlich rote bis blaurote Verfärbung mit unebener Oberfläche. Letztere war bedingt durch knotige und leistenförmige Erhebungen. Die erkrankte Hautfläche ist schmierig belegt, das Epithel mazeriert, zum Teil abgestoßen. Nirgends tiefer greifende Ulzerationen. Auf Druck sind die Infiltrate sehr empfindlich und es entleert sich aus zahlreichen Fisteln ein übelriechendes, serös-eitriges, gelbbräunliches Sekret. In der Genitalgegend mehr geschwulstartige Veränderungen.

Erst nach längerer Zeit gelang es dem Verf., auf Glyzerinkartoffeln Hefezellen in Reinkultur zu züchten, während der Nachweis im Gewebe nicht gelang. Die Hefe erwies sich als gärungsfähig. Der Tierversuch gelang nicht und eine Autoinokulation war nicht möglich. Die Therapie, bestehend in Jod, Neosalvarsan, Autovakzine und Röntgen,



brachte eine wesentliche Besserung, aber keinen vollen Erfolg.

Eine Exzision des ersten Krankheitsherdes in der linken Achselhöhle brachte eine Heilung für drei Jahre. Nach Dösseker empfiehlt es sich daher, die Primäreffloreszenz zu exzidieren.

Du Bois. Über seltene Lokalisationen der Mykosen auf der unbehaarten Haut. p. 1265.

Verf. erwähnt kurz einige Fälle von ungewöhnlicher Lokalisation der Trichophytie, so am Anus, am Rumpf, in der Achselhöhle, an den Augenlidern usw. und sucht sich dabei den Infektionsmodus zurechtzulegen. Daneben berichtet er über zwei Fälle von Favus, bei denen als Erreger das Achorion Quinckeanum festgestellt werden konnte. Verf. will seit 17 Jahren zum ersten Male Favus in Genf konstatiert haben.

Guth, A. Solitäres Bromulkus der Nasenspitze (tubero-ulzeröses Bromoderma). p. 1268.

Guth beobachtete bei einem 25jähr. Patienten nach 25 Tabletten Sedobrol (jeden Tag 1 Tablette) eine zuerst furunkelartige Erhebung an der Nasenspitze, die sich innerhalb 3 Tagen zu einem tuberösen Geschwür umwandelte. Nach Aussetzen des Broms trat in 14 Tagen Heilung ein.

Hedinger, E. Über das Epithelioma benignum baso- et spinocellulare cutis. Zur Lehre der benignen Schweißdrüsengeschwülste. p. 1270.

Hedinger beschreibt eine benigne Geschwulst, die von der rechten Nasenwangenfurche eines 50jähr. Mannes stammte und folgenden histologischen Bau aufwies: In der Kutis gelegener, mit Schweißdrüsen zusammenhängender Tumor, der teils aus drüsenschlauchähnlichen Bildungen mit zweischichtigem Epithel und Membrana propria, teils aus soliden Strängen mit Gitterfiguren besteht. Die meisten soliden Stränge bestehen aus mittelgroßen polyedrischen Zellen. Andere Stränge enthalten Riffzellen und Hornperlen mit beginnender Verkalkung. Das bindegewebige Stroma ist zellarm, oft hyalin, selten myxomatös. An einzelnen Stellen ist elastischer Knorpel und beginnende Verknöcherung zu erkennen.

Verf. reiht den Fall in das Jadassohnsche Schema ein und stellt ihn als einen Übergangstypus von den einfachen Schweißdrüsentumoren zu Mischgeschwülsten der Haut dar. Histogenetisch glaubt er ihn den Choristoblastomen Albrechts zuzählen zu müssen, die aus versprengten Keimen fissural in der Nasengegend entstehen.



Jung, P. Zur Therapie der weiblichen Gonorrhoe. p. 1276.

Jung berichtet über seine Erfahrungen der Gonorrhoebehandlung der Frauen, die er teils in seiner Privatpraxis, teils an der gynäkologischen Abteilung des Kantonsspitals St. Gallen gesammelt hat. Verf. warnt vor allem vor zu energischem Vorgehen im akuten Stadium nach dem alten Grundsatz primum nil nocere. Bei der frischen Gonorrhoe der Urethra und der Bartholinischen Drüsen läßt er das akute Stadium ruhig abklingen unter Einlegung von Protargoltampons in die Vagina, um eine Infektion des Zervix zu vermeiden. Sobald Pat. ins subakute Stadium der Krankheit eingetreten, rät er zur Lokalbehandlung mit einem Silberpräparat in Form von Injektionen. Bei Befallensein der Zervix ist er noch vorsichtiger und macht zunächst nur Vaginalspülungen mit sterilem Wasser oder schwachem Lysoform und erst im chronischen Stadium fängt er an mit der antigonorrhoischen Kur. Zunächst rät er zur Zervixbehandlung mit Fischbeinformolstäbchen und wenn die Gonokokken nach längerer Zeit nicht weichen wollen, geht er in gleicher Weise zur Korpusbehandlung über. Mit der Korpusbehandlung wartet er möglichst lange ab und warnt namentlich vor der Braunschen Spritze.

Lewandowsky, F. Über rosazeaähnliche Tuberkulide des Gesichtes. p. 1280.

Fall einer rosazeaähnlichen Affektion bei einem 30-jährigen Fräulein ohne tuberkulöse Anamnese. Die Affektion sitzt an der Stirn und den Wangen und machte zunächst den Eindruck einer Rosazea. Sie besteht aus einer Unzahl von Einzeleffloreszenzen, die hanfkorn- bis stecknadelkopfgroß sind und teils im Niveau der Haut liegen, teils die Haut um ein geringes überragen. Sie sind bläulich bis bräunlichrot und machen auf Glasdruck einem gelbbräunlichen Farbenton Platz. Zum Teil läßt sich eine zentral beginnende Pustelbildung konstatieren. Die Hautoberfläche ist nicht schuppend, aber etwas uneben beim Darüberstreichen. Tuberkulinreaktion lokal und allgemein positiv. Histologisch Riesenzellen und reichlich epithelioide Zellen. Peripher ein Wall von Lymphozyten.

Verf. reiht den Fall in die Gruppe der papulo-nekrotischen Tuberkulide ein.

Lutz. Zur Kenntnis des chronischen Rotzes beim Menschen. p. 1282.

In dieser Arbeit spricht sich Verf. noch einmal über seinen im Arch. f. Dermat. u. Syph., Bd. CXXI, unter der Überschrift „hämorrhagisches, papulo-bullöses und ulzeröses



Exanthem, verursacht durch hämatogene Infektion mit Gram-negativen Bazillen" des nähern aus. Pat. ist inzwischen ad exitum gekommen, nachdem kurz nach Spitalsaustritt ein Rezidiv aufgetreten war. Hochgradige geschwürige Erscheinungen im Rachen und Kehlkopf führten zum Tode. Bei der Sektion hatte Verf. Gelegenheit, nochmals ein größeres Hautmaterial histologisch und bakteriologisch zu untersuchen. Er kommt zum Schlusse, daß es sich um einen chronischen Rotz handelte, obschon die Beweiskette wegen des Fehlens des kulturellen Nachweises des Rotzbazillus nicht vollständig geschlossen ist.

Miescher, G. Über Röntgenschutzpasten. p. 1286.

Miescher hat vergleichende Untersuchungen betreffend Absorptionskraft verschiedener Röntgenschutzmittel gemacht und gefunden, daß sich von den Schutzpasten Wismuth- und Bleipräparate am besten eignen. An ein gutes Schutzmittel stellt er folgende Anforderungen: 1. Muß es ein gutes Absorptionsvermögen besitzen, 2. muß es leicht auf die Haut aufgetragen werden können und ebenso leicht wieder zu entfernen sein und 3. soll es keine toxischen Eigenschaften haben. Diese Bedingungen erfüllen nun nach Verf. folgende 2 Pasten am besten:

1. Lithargyrum anglic. pulver. . . 85,
   Ol. Paraffini 2,
   Vasel. flavi . . . . 13.
2. Bismut. subnitr. 70,
   Vasel. flavi . . . . 30.

Nägeli, O. Fixes Neosalvarsanexanthem und Adrenalinwirkung. p. 1291.

Nägeli hat bei einem 23jährigen Manne auf intravenöse Neosalvarsaninjektionen ein Arzneiexanthem beobachtet, das sich in Form von Chemosis und Schwellung am linken Auge und von Erythemflecken im Gesicht, am Hals und zum Teil am Abdomen bemerkbar machte mit stellenweise urtikariellem Charakter. Das Exanthem trat je nach der Dosis stärker oder schwächer auf, bzw. es traten mehr oder weniger zahlreiche Herde auf. Durch vorgängige Adrenalininjektion (Adrenalin „Clin" 1‰, 1 *ccm*) konnte das Auftreten des Exanthems verhindert werden. Bei kleineren Dosen oder wenn zeitlich die Neosalvarsaninjektion der Adrenalininjektion rasch folgte, trat nur eine Abschwächung des Exanthems auf. Die Idiosynkrasie verschwand nicht und das Exanthem betraf stets dieselben Stellen. Auf interne und rektale Verabreichung des Salvarsans blieb das Exanthem aus; ebenso hatte die

externe Applikation keinerlei Wirkung. Verf. will auch gute Wirkung des Adrenalins auf die Nebenerscheinungen des Hg, besonders die Enteritis, das Fieber und die Kopfschmerzen beobachtet haben. Auch diese Erscheinungen ließen sich nach Nägeli durch vorgängige Adrenalininjektionen unterdrücken. Bei einem Fall, der Schwindel bekam, versagte das Adrenalin.

Wegelin, C. Über bläschenförmiges Ödem der Epidermis bei Karzinomen der Mamma. p. 1298.

Verf. hat bei 2 Fällen von Mammakarzinom, wovon der eine ein Skirrhus war, in der Epidermis, speziell in der Hornschicht eigentümliche Bläschenbildungen beobachtet, die einem kavernösen Angiom ähnlich aussahen. Auch im Rete Malpighi waren kleine Lücken zwischen den Zellen zu konstatieren, die zum Teil noch mit den Stacheln überbrückt waren. Im darunterliegenden Papillarkörper bestand ebenfalls ein Ödem. Die Karzinomzellen waren zum Teil in die Epidermis eingebrochen und ließen sich deutlich von den Epidermiszellen unterscheiden. Über den Blasen waren noch dünne Hornleisten zu konstatieren. Die Veränderungen im Epithel zeigen eine große Ähnlichkeit mit einem vesikulösen Ekzem.

Verf. führt die Affektion auf Stauungserscheinungen in der Kutis zurück. Durch die Krebsstränge soll eine Kompression der venösen Gefäße und der Lymphgefäße stattfinden, daher Stauung in der Kutis, die sich allmählich nach oben fortsetzt und zum Ödem der Epidermis führt. Gegen ein gewöhnliches Ekzem spreche schon die Anamnese. Auch eine Pagets disease glaubt Verf. ausschließen zu können, da er die Pagetschen Zellen „corps ronds" von Darier vollständig vermißte. Der Pagetschen Krankheit will er eine Sonderstellung einräumen und sie nicht einfach als einen in der Epidermis wuchernden sekundären Krebs ansehen, auch mit dem Ekzem habe sie nichts zu tun.

Wildbolz, H. Ein Fall von kongenitaler Anorchie. p. 1307.

Wildbolz hatte die Gelegenheit, einen 20jährigen Mann zu beobachten, der einen vollkommenen Mangel beider Hoden aufwies. Auch bei der Eröffnung der Leistenkanäle, die behufs Deszensus eines eventuell verlagerten Hodens vorgenommen wurde, konnte weder im Kanal noch im Bauche im Bereich des inneren Leistenringes eine Spur von einem Testikel gefunden werden. Der Mann wies folgende Eigentümlichkeiten auf: Mangel des Stimmbruchs, ein starker Fettpolster und bedeutendes Längenwachstum, Bart-, Achsel- und Schamhaare fehlten. Becken ziemlich



groß. Penis klein, wie bei einem Knaben. Prostata und Samenblasen nicht nachweisbar, wohl aber ein Funiculus spermaticus. Auch mikroskopisch fehlte jede Andeutung eines Hodens. Die Epiphysenlinien waren nicht verknöchert, die Sella turcica verbreitert. Verf. glaubt aus seiner Beobachtung den Schluß ziehen zu müssen, daß die Keimdrüsen keinen Einfluß auf die Anlage der äußern Geschlechtsmerkmale ausüben, wohl aber auf deren spätere Entwicklung.

Winkler, M. Eigentümlichkeiten der Wassermannschen Reaktion bei unbehandelter tertiärer Lues. p. 1314.

Winkler hat bei drei Fällen von tertiärer Lues, wovon zwei schwere Formen der Krankheit darboten und die nie antiluetisch behandelt worden waren, eine negative Wassermannsche Reaktion beobachtet. Der eine leichte Fall reagierte nach der Behandlung positiv, während die zwei schweren Fälle auch nach der Behandlung negativ reagierten. Der eine davon bekam bald nach einer sehr intensiven Behandlung ein Rezidiv, so daß Verf. das stete Fehlen der positiven Reaktion prognostisch als ein nicht immer sehr günstiges Zeichen betrachtet. Die Fälle zeigen wieder aufs deutlichste, daß nach wie vor die genaue klinische Diagnose maßgebend ist und der positive Wassermann nur im Sinne eines — allerdings außerordentlich wichtigen — Symptoms zu deuten ist. Die übrigen 21 Fälle von tertiärer Lues, die Winkler zu beobachten die Gelegenheit hatte, reagierten alle positiv. (Autoreferat.)

Zwick, G. Beitrag zur perkutanen Resorption: Versuche zur Spaltung von Jodsalzen in der menschlichen Haut. p. 1319.

Zwick hat die in der Jadassohnschen Klinik in Bern ausgeführten Versuche über die Resorption der Haut (Pollio und Hirschfeld) nachgeprüft und bestätigen können. Bei Applikation von Jodlithiumvaseline auf die Haut konnte im Urin wohl das Jod nicht aber das Lithium nachgewiesen werden. Das gleiche Verhalten zeigte der Speichel. Auch mit anderen Alkalimetallen wie Rubidium, Barium und Strontiumjodid wurde dasselbe Resultat erhalten. Um den Nachweis zu erbringen, daß die Zersetzung in der Haut und nicht im Körperinnern vonstatten geht, bediente sich der Verf. des sog. Dialysators. Er nahm ein möglichst frisches Hautstück und machte daraus eine Art Beutel, dessen Innenfläche mit physiologischer NaCl-Lösung und dessen intakte Außenseite mit dem Jodsalz in Berührung kam. Es zeigte sich, daß bei intakter Haut ein Durchtritt von jodwasserstoffsaurem Li,K,Rb,Sr,Ba nicht nachzuweisen

war, während bei geringfügigen Verletzungen der Epidermis die unzersetzten Salze die Haut zu passieren vermochten.

Die Theorie Traubes, wonach die Salze mit großen Molekülen die Haut viel weniger leicht passieren als die mit kleinem Atomgewicht, wird vom Verf. strikte abgelehnt, da Jod mit einem sehr hohen Atomgewicht die Haut mit Leichtigkeit passiert. Hingegen scheinen Beziehungen zu bestehen zwischen der Penetrationsfähigkeit und dem Verhalten der Jonen der Salze.

Max Winkler (Luzern).

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1916. Nr. 7.

Nicalas und *Moutot*. Kongenitale und familiäre Dermatose mit progressiven, chronischen, trophischen, ulzero-vegetativen Läsionen, pemphigoidem Beginn und Nageldystrophie. Neue Art von kongenitalem Pemphigus von dystrophischer Form. pag. 385.

Es handelt sich um drei Geschwister, 2 Brüder und eine Schwester, die an einer kongenitalen Affektion litten, die wahrscheinlich mit Blasenbildung ihren Anfang nahm und sekundär zu chronischen, jeder Therapie trotzenden vegetierenden Ulzerationen führte von unbegrenzter Dauer. Die Krankheit war begleitet von dystrophischen Störungen der Nägel und Larynxstenose. Letztere war wahrscheinlich bedingt durch kleine Ulzerationen der gleichen Natur im Larynx, die allmählich zur Vernarbung führten.

Die histologische Untersuchung ergab Zeichen von gewöhnlicher Entzündung ohne typischen Befund. Anhaltspunkte für die ungewöhnlich lange Dauer der Affektion ließen sich nicht erkennen. Die W.-R., der Inokulationsversuch, sowie der Kulturversuch fielen negativ aus. Im Blute nichts Besonderes. Verf. glauben die Fälle in die Gruppe des kongenitalen Pemphigus mit dystrophischer Form einreihen zu müssen, allerdings unter Annahme einer besonderen klinischen Art.

Petges. Die Morphea guttata und die „White spot Disease". pag. 415.

Verf. beobachtete in der Klinik Dubreuilhs eine 25jähr., mit Tuberkulose stark belastete Frau, die am Nacken und am Hals sowie an den angrenzenden Partien ein Exanthem aufwies, bestehend aus linsenförmigen bis 20 Centimesstück großen isolierten rundlichen Flecken, von weißer porzellan- oder perlmutterartiger Farbe, derber Konsistenz und Tendenz zur Atro-

phie. Der Rand zeigt einen schmalen violetten Saum. Die Affektion verlief ohne Jucken, sehr langsam und chronisch. Nichts von konkomittierendem Lichen ruber nachweisbar. Kuti-Reaktion negativ. Histologisch handelt es sich um eine Hypertrophie des Bindegewebes in der Kutis mit Atresie der Gefäße und Schwund der Drüsen und der Haare. Daneben besteht eine manifeste Hyperkeratose mit Hornzapfenbildung in den Haarfollikeln.

Verf. hält den Fall für eine Morphea guttata, die eine besondere Form der Sklerodermie darstelle und mit der sklerösen Form des Lichen ruber planus verwechselt werden könne. Petges hält die Mehrzahl der unter dem Namen „White spot disease" publizierten Fälle für Morphea guttata Fälle; er schlägt vor, diesen Namen für die Sklerodermiefälle zu reservieren. Nach Verf. sind die an Morphea leidenden Personen mit Tuberkulose belastet oder dazu disponiert. Er möchte die „White spot disease" allerdings vorläufig noch mit großer Reserve bei der entzündlichen Form der Tuberkulose vom Typus Poncet einreihen.

Sabouraud und *Noiré*. Günstiger Nährboden für die Kultur der Gonokokken. p. 438.

Als sehr günstiger Nährboden zur Gonokokkenkultur hat sich den Verf. der neue Nährboden erwiesen, den sie zur Kultur des Mikrokokkus seborrhoicus verwenden. Die Details der Zubereitung sind im Originaltext nachzulesen.

1916—1917. Nr. 5.

Brocq, L. Klinische Studien über die Psoriasis mit Hilfe des methodischen Abkratzens der Effloreszenzen. p. 221.

In dieser Arbeit erweitert und ergänzt Brocq seine früheren Angaben über die Bedeutung des methodischen Abkratzens („Grattage méthodique") der Psoriasiseffloreszenzen in Bezug auf die Klinik der Psoriasis. Nach Verf. bestehen schon bedeutende Differenzen beim Abkratzen der Schuppen zwischen den verschiedenen Krankheitsfällen. Der weiße Schuppenstaub läßt sich bald nur langsam und nach vielen Strichen mit dem scharfen Löffel entfernen, bald ist die Schuppe so fest zusammenhängend, daß sie sich fast in toto nach wenigen Strichen wegheben läßt. Es folgt dann das eigentliche Psoriasishäutchen, dem Verf. die größte Aufmerksamkeit schenkt. Die typischen Effloreszenzen von Bohnen- bis Fünffrankstückgröße zeigen mehr oder weniger dicke Schuppen, die sich beim Kratzen lockern, dann folgt die sog. „tache de bougie", eine perlmutterartig glänzende weiße Fläche. Nach weiterem Abkratzen kommt

dann eine mehr oder weniger lebhaft rote Oberfläche zum Vorschein, die bedeckt ist vom „Häutchen", das sich in Form von einigen mm^2 großen, transparenten Fetzchen wegheben läßt. Darunter liegt eine rote, leuchtende oder tomatenartige Fläche, die etwas gelbliches Serum absondert. Nach weiterem Kratzen folgen die bekannten punktförmigen Hämorrhagien und hernach sehr bald kleine Purpuraflecke an Stelle der Blutungen. Dies ist nach Verf das typische Bild der Psoriasis. Nun kann sich aber das Häutchen auch in großen Fetzen abheben lassen, denen dann eine sehr reichliche Skoserose folgt. In diesen Fällen sind die Schuppen gewöhnlich weniger dick oder so fest zusammenhängend, daß sie sich in toto abheben lassen ohne aufzufasern.

Das ist ein Typus, der nach Verf. die Neigung hat, leicht entzündlich gereizt zu werden und sich gegenüber der Therapie refraktär verhält.

Endlich gibt es eine Serie von Fällen, bei denen sich das Häutchen schwer entfernen läßt und nur in Form von minimalen Stücken und diese Fälle bilden nach Brocq den Übergang zu den sog. Seborrhoiden und psoriasiformen Parakeratosen. Auch hier sind die Schuppen relativ klein und die Skoserose findet sich nur in Form von kleinen Punkten, wie bei einem vesikulären Ekzem.

Eine scharfe Grenze zwischen diesen verschiedenen Typen gibt es nach Verf. nicht. Auch hier bekennt er sich als Anhänger der Theorie des sog. „haits de passage", den Übergangsformen von Psoriasis: in den Seborrhoiden, den psoriasiformen Parakeratosen und der Pityriasis rubra pilaris.

Pautrier. Über die allgemeine Organisation der Militärspitäler und ihre Adnexe für Geschlechtskranke. p. 233.

Pautrier hatte Gelegenheit, als Militärarzt der 8. Region in Bourges ein großes Militärspital für Geschlechtskranke zu organisieren, dem er ein kleineres Spital und eine Poliklinik für die Zivilbevölkerung angegliedert hat. Mit dieser Organisation will er sehr bedeutende Erfolge erzielt haben, so daß er sie dann für andere Gegenden gewissermaßen als vorbildlich empfehlen kann.

Verf. tritt entschieden für Spezialabteilungen für Venerische ein, sowohl aus medizinischen wie militärischen Gründen. Dem Vorurteil, daß den Insassen dieser Abteilungen moralischer Schaden zugefügt würde, will er dadurch begegnen, daß in diese Spitäler stets auch Hautkranke aufgenommen werden, so daß ihnen ein Teil vom Odium genommen werde.



Jeder solchen Spezialabteilung muß ein Zahnarzt mit den nötigen Apparaten zugeteilt werden. Große Parkanlagen oder Hofräume sollen den Leuten Gelegenheit für Sport bieten. Als Orte eignen sich am besten große Zentren, wo noch andere Spezialabteilungen (Augen-, Ohren- und Nasen- etc. Kliniken) bestehen, damit Gelegenheit zu regem Gedankenaustausch bestehe. Die Spitäler müssen unbedingt mit den modernen Untersuchungsapparaten (Ultramikroskop, Einrichtung für W.-R.) versehen werden. Daneben verlangt er eine Poliklinik für etwa vorhandene Territorialtruppen und Militärarbeiter.

Als Hilfsfaktor soll ein Armenspital in der betreffenden Stadt ebenfalls mit poliklinischem Betrieb installiert werden, bei scharfer Kontrolle der kasernierten und freien Prostitution. Um den Zivilärzten keine Konkurrenz zu machen, werden sie bei der Behandlung mit herangezogen, sei es, daß sie die Behandlung nach Anweisung der Militärärzte durchführen oder zum Beispiel nur die Hg-Kur leiten, während die Salvarsaninjektionen in der Adnexpoliklinik ausgeführt werden.

Verf. hatte in seinem Spital in 10 Monaten über 700 Syphilisfälle im 1. und 2. Stadium verpflegt und berechnet die Gesamtzahl für Frankreich auf ungefähr 200.000. Werden auf jeden Fall 2 Aborte gerechnet, so ergibt sich nach Pautrier für Frankreich nur durch die Lues ein Geburtenausfall von 400.000. Man dürfe also ruhig von einer nationalen Gefahr sprechen, die der größten Aufmerksamkeit und Anstrengungen zur Beseitigung bedürfe.

Pernet, G. Neue Bemerkung über den Lichen ruber planus acutus und die Lumbalpunktion. p. 257.

Verf. hat bei einem Fall von Lichen ruber, der mit Hg. bijodat. und Salicitis erfolglos behandelt worden war, die Lumbalpunktion gemacht und wie bei einem früheren Fall die Reduktion der Fehlingschen Lösung in der Lumbalflüssigkeit vermißt. Es fehlten auch die Lymphozyten und das Albumen. Pernet legt sich die Frage vor, ob die vorangehende Behandlung die Ursache dieser Erscheinung sei, da bei einem anderen Falle, der unbehandelt blieb, die Reduktion der Fehlingschen Lösung eintrat Der Eingriff soll auch in diesem Fall ein gutes therapeutisches Resultat gehabt haben.

Nr. 6. 1917.

Carle und *Carrère*. Wie man die Syphilis gegenwärtig in Frankreich behandelt. p. 277.

Verf. haben in ihrer Ambulanz in Lyon eine große Zahl von syphilitischen Militärs gesehen, die aus den verschiedensten Landesteilen kamen und nach den verschiedensten Methoden behandelt wurden. Sie haben aus ihren Beobachtungen den Eindruck bekommen, daß die noch vor 20 Jahren allgemein empfohlene interne Behandlung immer mehr im Verschwinden begriffen ist und der Injektionsbehandlung Platz gemacht hat, deren Überlegenheit auch den Verf. neuerdings aufgefallen ist. Im großen und ganzen werde aber die Behandlung immer noch ungenügend durchgeführt, sei es sowohl in Bezug auf die Dosierung als auf die Dauer der Behandlung. Auch die Wirkung gewisser Methoden werde noch vielfach überschätzt.

Marcorelles, E. Die intralumbale Therapie der Früh- und Spätperiode der Nervensyphilis. p. 299.

Verf. stellt sich auf den Standpunkt von Ravaut und findet in der Sekundärperiode der Lues häufig Veränderungen der Lumbalflüssigkeit, die er als Meningitis syphilitica II bezeichnet. Bei diesen Formen fand er die intralumbale Neosalvarsaninjektion — ohne nennenswerte Reaktion — von sehr guter Wirkung. Auch spätere Schädigungen waren nicht zu konstatieren. Anders bei den Spätformen der Lues, Tabes, Paralyse, Hemiplegie, Radikulitis. Hier erwiesen sich die Injektionen als sehr gefährlich und führten stets zu Komplikationen in Form von flasken Paraplegien, Lähmungen von Blasen und Mastdarmsphinkteren, trophischen Ulzerationen mit folgendem Marasmus usw. Marcorelles warnt vor jedweden intralumbalen Injektionen in der Spätperiode der Nervenlues, da nicht nur die Meningen, sondern auch das Nervengewebe betroffen sei, das durch die Injektion ein neues Trauma erleide. Am schädlichsten seien die großen Dosen, relativ am besten vertragen werden die kleinen Dosen nach Ravaut. Im großen und ganzen sei aber die Schädigung stets vorhanden, welches auch die Dosierung, die Methode und die Häufigkeit der Injektionen sei.

Nr. 7.

Brocq, L. Einige praktische Winke bei der Röntgenbehandlung. p. 333.

Brocq, einer der ersten, der die Radiotherapie in der Dermatologie empfohlen hat, sieht sich heute veranlaßt, vor zu ergiebiger Anwendung der Röntgentherapie in der Hautpraxis zu warnen. Viele Fälle von Radiodermatitis, die ihm in seiner Praxis der letzten 12 Jahre begegnet sind, haben ihn etwas skeptisch gemacht. Die Röntgen-

therapie soll nach Verf. nur von sachverständigen Ärzten ausgeführt werden mit allen möglichen Vorsichtsmaßregeln und nur bei strengster Indikation. In dieser Hinsicht möchte er das Indikationsgebiet möglichst eingeschränkt wissen.

Was zunächst die parasitären Leiden betrifft, so läßt Brocq nur den Favus als eigentlich indiziert gelten, da er an und für sich zur Alopekie führt. Während er glaubt, daß man die Mikrosporie, die in den Entwicklungsjahren spontan ohne Alopekie heilt, ohne Röntgenstrahlen behandeln könnte (Isolierung in Spezialklassen, Jodtinktur, Kurzschneiden der Haare). Auch die Alopecia areata, bei der er mehr an eine parasitäre Ätiologie auf disponiertem Terrain glaubt, hält er für kontraindiziert.

Was die bakteriellen Krankheiten betrifft, läßt Verf. die Radiotherapie bei hochgradigen Leprafällen unter Umständen d. h. bei Versagen der gewöhnlichen Therapie gelten, während er bei Lupus und Lupus erythematodes nichts gutes von ihr gesehen hat. Bei Lupus vulgaris läßt er sie höchstens bei den stark wuchernden Formen in Verbindung mit der Skarifikation gelten.

Auch die Akne und die Warzen hält er nicht für geeignet. Auch bei den Neurodermitiden, bei Pruritus und bei Ekzem will er die Radiotherapie womöglich eliminiert wissen und nur bei hartnäckigen Fällen 2 – 3 Bestrahlungen gestatten. Auch bei Hypertrichosis möchte er die Röntgenstrahlen nur für sehr hochgradige Fälle reserviert wissen, die dann mit größter Vorsicht zu bestrahlen wären.

Das eigentliche Indikationsgebiet sind nach Verf. die Mycosis fungoides und die malignen Tumoren; bei letzteren empfiehlt er große Dosen.

Sind auch die Brocqschen röntgenotherapeutischen Ansichten vielfach etwas pessimistisch gefärbt, speziell was die Ekzeme, Neurodermitiden und die Akne betrifft, so verdienen seine Ausführungen doch in hohem Maße von jedem Radiotherapeuten beherzigt zu werden.

Schaumann, J. Über den Lupus pernio und seine Beziehungen zu den Sarkoiden und der Tuberkulose. p. 357.

Gestützt auf 3 vom Verf. genauer beobachtete Fälle von Lupus pernio kommt er zur Ansicht, daß dieses Leiden nichts mit Tuberkulose zu tun habe, sondern zu den sog. Sarkoiden gerechnet werden müsse. Beide Formen stellen Symptome der sog. tuberkuloiden Lymphadenie dar. Diese Krankheit sei charakterisiert durch die multiplen Lokalisationen in der Haut, den Drüsen, Tonsillen, im Knochenmark, in der Milz und Leber. Die Hauterscheinungen zei-



gen sich nach Schaumann in 2 Formen, nämlich als Lupus pernio und Sarkoid einerseits, als banale Läsionen andererseits, wie Prurigo usw. Die subkutanen Sarkoide von Darier rechnet hingegen der Verf. zur Tuberkulose.

Bei seinen sämtlichen Fällen konnte Verf. keine Zeichen von Tuberkulose nachweisen weder anamnestisch, klinisch, histologisch, noch tierexperimentell. Auch die Tuberkulinreaktion fiel negativ aus. In den Drüsen und Tonsillen fanden sich die gleichen histologischen Veränderungen wie in der Haut. Verf. hält die Affektion für ein infektiöses Granulom mit benignem Verlauf und bezeichnet sie als Lymphogranuloma benignum.

Felix, J. Über den okulo-kardialen Reflex bei Syphilis. p. 374.

Der okulo-kardiale Reflex besteht darin, daß bei Druck auf das Auge eine Verlangsamung des Pulses um 6—12 Schläge eintritt. Verf. fand nun bei Lues I und II den Reflex häufig aufgehoben. Ein Zusammenhang zwischen Nervenerscheinungen der Lues und Aufhebung des Reflexes konnte nicht festgestellt werden. Bei der eigentlichen Nervensyphilis fand ihn Verf. konstant aufgehoben, sehr häufig war er bei Lues III, Tabes, Paralyse und hereditärer Syphilis verschwunden.

Cassar, A. Bemerkenswerter Fall von syphilitischer Pseudoreinfektion. p. 376.

58jähriger Mann akquiriert im Jahre 1913 einen Primäraffekt und bekommt 3 Arsenobenzolinjektionen à je 0·5 und 6 Injektionen von Ol. cinereum. Im Dezember 1916 wieder Phimose mit schankerähnlichem Geschwür. Typische Polyskleradenie in den Leisten. Spirochaete pallida positiv. Wassermann negativ. Am 26. Dezember wurde eine tertiäre Augenläsion in Form von Neuroretinitis konstatiert. Am 28. Dezember Wa.-R. positiv.

Verf. stellt die Diagnose auf ein schankriformes Rezidiv.

Nr. 8.

Dubreuilh, W. Radiotherapie der Hautkrankheiten. Auf die Arbeit von Brocq. p. 389.

Dubreuilh erklärt sich in Bezug auf die Gefahren der Radiologie mit Brocq vollständig einverstanden und will die Indikationsgrenze noch enger gezogen wissen. Er verwirft die Röntgentherapie der Hypertrichosis — auch der hochgradigsten Formen — und will nur die Elektrolyse gelten lassen. Von der Bestrahlung der Naevi und den daraus hervorgegangenen malignen Tumoren hat er keinen Erfolg gesehen, ebenso wenig wie von der Bestrahlung

des Melanosarkoms. Von den gutartigen Tumoren läßt er nur das Aknekeloid als Indikation gelten, 10 H. sollen zur Heilung genügen; sie werden womöglich vom Verf. in einer Sitzung verabfolgt. Die gewöhnlichen Keloide schließt er von der Strahlentherapie aus. Die eigentliche Domäne der Radiologie sind nach Verf. die Epitheliome der Haut, aber nur die oberflächlichern Formen. Sobald der Knochen mitbeteiligt ist, sei voa den Röntgenstrahlen nichts mehr zu erwarten. Auch die Lippenkarzinome sowie die Karzinome des Penis und der Vulva will er dem Messer reserviert wissen und erst postoperative Bestrahlungen gelten lassen.

Die Epitheliome sollen nach Dubreuilh womöglich ohne Filtration in einer Sitzung zerstört werden. Für ganz oberflächliche Formen sollen 10—12 H. genügen, größere Tumoren erfordern 20—30 H. Nach vorübergehender Ulzeration erfolge in 2—3 Monaten Heilung mit glatter Narbe. Er warnt ausdrücklich vor wiederholten kleinern Dosen, da sehr leicht eine Gewöhnung der Karzinomzellen und dadurch ein Versagen der Therapie eintrete.

Desaux, A. Dermo-Epidermitis um alte Wunden und Fisteln. p. 391.

Verf. beschreibt eine Dermatose, die er seit Kriegsausbruch des öftern zu beobachten Gelegenheit hatte und die sich um alte Wunden und Fisteln herum lokalisiert. Die Wunden können nur Weichteilwunden sein, meistens handelt es sich aber um Wunden und Fisteln, die auf einen frakturierten Knochen führen und die stets infiziert sind. Die Hautveränderungen zeigen sich in ihrer vollen Entwicklung in Form von Plaques von polyzyklischer Begrenzung und fransenartigem Rand. Außerhalb des Randsaumes findet sich noch eine deutliche rote Zone. Die Plaques sind hochrot verfärbt, sezernieren reichlich seröse Flüssigkeit, die später eitrig wird und sich zu einer Kruste verdichtet. Unter der oberflächlichen Kruste findet sich dann noch ein graulicher, adhärierender Belag. Die Affektion breitet sich in Form eines Öltropfens peripherisch aus und heilt nur auf antiseptische Behandlung. Das Allgemeinbefinden wird dadurch nicht beeinträchtigt und die ursprüngliche Wunde erleidet keine Verschlimmerung. Höchstens kommt es zu einer unbedeutenden Adenopathie. Die Affektion verdankt ihren Ursprung nicht nur den Reizerscheinungen durch antiseptische Wundbehandlungen, sondern es scheinen nach Verf. auch die Virulenz der Infektionserreger und das Terrain eine Rolle zu spielen.

Bakteriologisch ließen sich in den frischen Stadien der Affektion Streptokokken nachweisen, während in den



späteren Stadien Staphylococcus pyogenes aureus nachweisbar war.

Die Affektion kann sehr lange dauern, bei zweckmäßiger Behandlung oft auch rasch heilen und ist öfters kompliziert mit größeren Geschwüren, Follikulitiden und Parakeratosis psoriasiformis.

Histologisch handelt es sich um eine Loslösung der Hornschicht, stellenweise Parakeratose, Akanthose, interzelluläres Ödem der Stachelzellschicht. In der Kutis Gefäßerweiterung und Infiltration mit Leukozyten sowie Ödem der Papillen.

Audry, C. H. Über die Ausbreitung der Syphilis in der Gegend von Toulouse während zweier Kriegsjahre. p. 419.

Audry glaubt nicht, daß die Syphilis seit Kriegsausbruch sehr wesentlich zugenommen habe. Höchstens gibt er zu, daß sie sich in bisher weniger befallene Kreise eingeschlichen habe; so müsse sie nun mehr in der agrikolen Bevölkerung und in kleinen Städten gesucht werden als früher. Er warnt aber ausdrücklich davor, deswegen sorglos zu werden und befürwortet die strengste Überwachung der Prostitution als prophylaktische Maßnahme.

Milian, G. Pseudomilium colloidale oder genauer Konjunktivome mit hyaliner Degeneration. p. 422.

Einen Fall von Pseudo-Millium colloidale beobachtete Milian bei einem 42jährigen Landwirt. Betroffen waren die untern Stirnpartien und die Umgebung der Orbitae sowie die Handrücken. Die Tumoren waren sehr zahlreich und saßen hauptsächlich zwischen den Hautfalten. Die Affektion soll schon mit 13—14 Jahren angefangen haben und zwar an den Handrücken, allmähliche stete Weiterentwicklung. Es handelt sich um kleine, gelbe, rundliche Tumoren von Stecknadelkopf- bis Linsengröße. Auf Druck entleert sich eine gelatinöse Masse.

Histologisch handelt es sich um kleine Tumoren von degeneriertem Bindegewebe im Papillarkörper. Verf. hält den Ausdruck Pseudomilium für unpassend und möchte ihn durch „Conjunctivom mit hyaliner Degeneration" ersetzt wissen. Max Winkler (Luzern).

Geschlechtskrankheiten.

Syphilis. — Allgemeines, Experimentelles, Diagnostik.

Falls, F. H. Proteolytische Fermente im Blutserum bei Tabes dorsalis und progressiver Paralyse. The Journal of the American Medical Assoc. 1916. Januar 1. p. 22.

Falls kommt bei der Nachprüfung der Abderhaldenschen Methodik zu dem Schlusse, daß bei Tabes und Paralyse die fermentative Aktivität des Blutserums über die Norm gesteigert ist, und daß diese Steigerung größer bei der Paralyse als bei der Tabes ist.

Fritz Juliusberg (Posen).

Ayres, Winfield. Die Wirkung intravenöser Radiuminjektionen auf eine persistente positive Wassermannreaktion. Medical Record. 1915. Oktober 9. p. 610.

Ayres versuchte bei 4 Fällen von persistent positiver Wassermannreaktion durch intravenöse Injektionen von Radiumbromid (50—100 Mikrogramm pro injectione) die Wassermannreaktion zu beeinflussen. Es gelang ihm dies durch wiederholte Injektionen und auch bei einer wiederkehrenden positiven Injektion wurde die Wassermannreaktion bei weiterer Behandlung wieder negativ. Radium alleine ohne spezifische Behandlung wirkte auf die Krankheit nicht. Fritz Juliusberg (Posen).

Stone, W. J. Vergleiche über Wassermann-, Kobra- und Globulinuntersuchungen bei Syphilis, mit Mitteilung von 105 Reaktionen. Med. Record. 1914. September 26. p. 545.

Die Ergebnisse der Untersuchungen Stones sind folgende: 1. Bei 30 normalen Kontrollfällen war die Wassermann- und Kobrauntersuchung negativ. Bei 6 dieser Fälle war die Globulinprüfung der Spinalflüssigkeit negativ. Bei 90 anderen normalen Kontrollfällen war die Kobraprobe negativ. 2. Bei 22 Patienten mit sekundärer Syphilis war die Wassermann und Kobrauntersuchung negativ. Bei 5 dieser Fälle fiel die Globulinprüfung des Lumbalpunktats positiv aus, während bei 7 Fällen die Globulinprüfung des Blutserums positiv war. 3. Bei 7 Patienten mit aktiver und latenter tertiärer Syphilis war die Kobrablutprobe positiv



und die Globulinprobe im Blutserum und Lumbalpunktat positiv. 4. Bei 24 spät tertiären und klinisch geheilten Fällen waren sowohl Wassermann- wie Kobrauntersuchung negativ. 5. Bei einem Patienten mit zerebraler Lues war die Wassermann- und Kobrauntersuchung negativ, während die Globulinprüfung im Blutserum und Lumbalpunktat positiv ausfiel. 6. Bei 7 Patienten mit Syphilis war die Kobraprüfung positiv und die Wassermannreaktion negativ, während bei 14 Fällen der Wassermann positiv und die Kobraprobe negativ ausfiel. Zwei dieser letzteren waren Fälle von früher sekundärer Syphilis, fünf und sechs Wochen nach der Infektion, bei denen die Diagnose sicher war. Fritz Juliusberg (Posen).

v. Dungern. Über Serodiagnostik der Syphilis mit chemischen Substanzen (Koagulationsreaktion). Münch. med. Woch. 1915. Nr. 36.

Im Original nachzulesen.

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Lenzmann. Die Bedeutung und Behandlung der Geschlechtskrankheiten im Felde. Münch. med. Woch. 1915. Nr. 7.

Verf. ist für eine möglichst frühzeitige Anwendung des Salvarsans. Er bevorzugt das Neosalvarsan und kombiniert mit Hg. salicylic.

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Clausz, Max. Diagnostische Versuche mit Luetin-Noguchi. Münch. med. Woch. 1915. Nr. 37.

Positiver Ausfall ist beweisend, negativer spricht nicht unbedingt gegen Lues. Nicht selten gibt das Luetin gerade da charakteristische Reaktionen, wo Wassermann versagt. Eine zweiwöchentliche Beobachtungsdauer ist nötig.

Luetin wurde unverdünnt in einer Menge von 0·07 *ccm* intrakutan injiziert. Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Kafka, V. Über den heutigen Stand der Liquordiagnostik. Münch. med. Woch. 1915. Nr. 4.

Eine Reihe von technischen Einzelheiten, deren Wiedergabe sich zu einem Referat nicht eignet.

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Bruck, Carl. Zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten im Felde. Münch. med. Woch. 1915. Nr. 4.

Bruck fand in 2 Fällen, bei denen sich der männliche Teil erwiesenermaßen mit typischer Ulcera mollia infiziert hatte, keinerlei klinische Erscheinungen.

Dagegen fanden sich in Abstrichen von der Urethral- und Vulvoschleimhaut massenhaft Streptobazillen vom Ducreyschen Typus beinahe in Reinkultur.

Es scheint also, daß der Ducreysche Streptobazillus auf der weiblichen Schleimhaut, ohne klinische Erscheinungen zu zeitigen, ein saprophytisches Dasein führen kann und daß von derartig latent kranken Frauen männliche Infektionen erfolgen können.

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Lesser, Fritz. Praktische Winke zur Verhütung und Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten und von Ungeziefer im Felde. Münch. med. Woch. 1914. Nr. 5.

Nichts Neues. Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Hubert, Georg. Die Bedeutung der Vorgeschichte, des Befundes und der Wassermannschen Reaktion für die Erkennung der syphilitischen Ansteckung in den breiteren Volksschichten Münch. med. Woch. 1915. Nr. 39.

Eine sehr interessante Zusammenstellung, 8652 innere Fälle betreffend. Davon waren 8·8% luetisch. Bei den Männern überwiegen die Tabesfälle und die luetischen Gefäßerkrankungen, bei den Frauen ist die latente Lues häufiger. Unter den Luetischen waren 52% Männer und 75% Frauen mit negativer Vorgeschichte.

66% der Fälle wurden erst durch Wassermann als luetisch aufgeklärt. Bei der Tabes ist das Verhältnis der positiv reagierenden: Männer 56%, Frauen 65%.

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Pfeiler, W. und *Scheyer*, Z. Über die gleichzeitige Verwendung des Hämolysins und Hämagglutinins als Indikationen bei der Komplementablenkungsreaktion zur Feststellung der Syphilis. Münch. med. Woch. 1915. Nr. 12.

Verf. benutzten für die Versuche Pferdekomplement in Verbindung mit alkoholischem Ochsenherz-Cholesterinextrakt und Rinderserum und verwandten zur Sichtbarmachung des Eintritts der Ablenkung 1% Meerschweinchenblutaufschwemmung.

Eine ganze Reihe Seren, die teils von Gesunden, teils von Luetikern und anderen Kranken stammte, zeigten übereinstimmende Resultate mit den Ergebnissen der Komplementablenkung nach Wassermann.

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Williams, Ch. M. Neue Fortschritte in der Dermatologie und Syphilographie. Medic. Record. 1915. Juni 26. p. 1051.

Nicht zum kurzen Referat geeignet.

Fritz Juliusberg (Posen).

Geuerich. Zur Behandlung der Haut- und Geschlechtskrankheiten im Felde. Münchener med. Woch. 1915. Nr. 16.

Erwähnenswert sind die Ansichten des Verf. über die Syphilisbehandlung im Felde: Frische Fälle erhalten 10 Kalomelinjektionen (à 0·05) oder 5—6 Wochen Schmierkur, daneben 5—6mal Salvarsan 0·3—0·5. Bei der frischen Sekundärsyphilis ist wegen der langen Dauer der Behandlung auf Salvarsan zu verzichten.

Eine intermittierende Nachbehandlung kommt im Felde nicht in Betracht.

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Weiß, Richard. Ein neues Besteck zur Ausführung der Wassermannreaktion im Sprechzimmer des Arztes.

Im Original nachzulesen.

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Hecht, Hugo. Wassermannsche Reaktion und Präzipitation. Zeitschrift für Immunitätsf. Bd. XXIV. H. 3. 1915.

Durch geeignete Herstellung einer Antigenemulsion gelang es, die Präzipitation derselben durch Luesserum auch für das bloße Auge sichtbar darzustellen. Da nun das so gebildete Präzipitat Komplement bindet, liegt die Annahme nahe, für die Wassermannsche Reaktion einen ähnlichen Vorgang als Ursache der Komplementbindung anzunehmen.

Wenn auch Verfasser in den Versuchen keine neue Stütze für diese Auffassung erblickt, bieten sie für die praktisch bekannte und theoretisch sehr interessante Tatsache der größeren Empfindlichkeit aktiver Sera eine gewisse Erklärung. Beim vorherigen Digerieren nur zweier Komponenten der zur Wassermannschen Reaktion erforderlichen Faktoren (Antigen, Luesserum und Komplement) und später folgendem Zusatz der dritten Komponente ergaben sich dieselben optimalen Bedingungen, wenn Luesserum und Komplement oder Luesserum und Antigen vorher vereinigt worden war.

Da der Versuch in entsprechender Weise auch gelingt, wenn man aktives Serum allein verwendet und dann Komplement + Antigen hinzufügt, so wird daraus geschlossen, daß nicht nur das Komplement als solches, sondern die Eigenart des physikalischen Zustandes im aktiven Serum für die Verstärkung der Empfindlichkeit verantwortlich ist, was der stärkeren Reaktionsfähigkeit der aktiven Sera entspricht.

Marg. Stern (Breslau).



Boas, Harald und *Neve*, Georg. Untersuchungen über die Weil-Kafkasche Hämolysinreaktion in der Spinalflüssigkeit, speziell bei sekundärer Syphilis und Tabes dorsalis. Hospitalstidende 1916. Nr. 8. p. 153—168.

Die Weil-Kafkasche Hämolysinreaktion in der Spinalflüssigkeit ist bei 1 von 9 Patienten mit Induration und positiver Wassermannscher Reaktion positiv gefunden worden, ebenso bei 12 von 82 Patienten mit sekundärer Syphilis, bei 2 von 10 Patienten mit tertiärer Syphilis, unter den positiv reagierenden war ein Fall von Syphilis cerebri; auch ist sie bei 2 von 27 Patienten mit latenter Syphilis und 1mal bei manifester kongenitaler Syphilis (nur 1 untersuchter Fall) positiv gefunden worden. Dieselben Veränderungen, die bei Dementia paralytica recht regelmäßig vorkommen, finden sich somit auch bei anderen Formen der Syphilis, zum Teil sehr früh in der Krankheit.

Bei Dementia paralytica ist die Hämolysinreaktion in 73% der Fälle (87 untersuchte Patienten), bei Tabes in 47% (34 untersuchte Patienten) positiv; bei Tabes kommt sie mit überwiegender Häufigkeit in den frischen Fällen vor.

In 52 Kontrollfällen fand sich die Reaktion nicht, abgesehen von 2 Patienten mit Tumor cerebri mit Blutung in den Liquor cerebrospinalis.

In einer Reihe von Fällen war die Weil-Kafkasche Reaktion die einzige in der Spinalflüssigkeit vorkommende Reaktion. Sie steht also in keinem Verhältnis zu den anderen Reaktionen, speziell nicht zu den Eiweißreaktionen.

Bei quantitativ angestellten Reaktionen zeigte es sich, daß die Reaktionen bei Dementia paralytica stärker waren als bei den anderen Formen.

Harald Boas (Kopenhagen).

Fischer, B. Über den Ausfall der Wassermannschen Reaktion bei Verwendung größerer Serummengen. Deutsche med. Woch. Nr. 5. 1916.

Fischer fand, daß die von Kromayer angegebene Modifikation der Wa.-R. durch Verwendung größerer Serummengen bei bestehender Syphilis eine zuvor negative Reaktion bei 0·1 *ccm* in eine komplett positive bei 0·4 *ccm* umstimmte. Die Methode ermöglichte es zudem, eine kleine Hemmung durch Verstärkung als spezifisch oder unspezifisch zu erkennen. Alle Hemmungen, welche bei Gebrauch von 0·4 *ccm* Serum bei der Wa.-R. vorkamen, erwiesen sich als spezifisch. Die neue Methode ist ein wertvoller Fingerzeig für die Behandlung, da die Kur erst dann abgeschlossen



werden darf, wenn auch bei 0·4 *ccm* Serumsverwendung die Reaktion negativ wird. Tritt dieser Erfolg aber sehr schnell ein, so führe man dennoch die Therapie in der üblichen Stärke und Dauer fort. Max Joseph (Berlin).

Nathan, Ernst. Über das angebliche Vorkommen einer positiven Wassermannschen Reaktion beim Pemphigus. Berl. klin. Woch. 1915. Nr. 46.

Verf. fand in 12 Fällen von Pemphigus allenthalben einwandsfreie negative Wassermannsche Reaktion und führt die Ergebnisse Hesses darauf zurück, daß die Versuchsbedingungen desselben so empfindlich gewählt waren, daß die Reaktion nicht mehr allein charakteristisch für Lues ausfallen konnte. Max Leibkind (Dresden).

Zeissl, M. von. Die Syphilisbehandlung zur Kriegszeit, und was soll nach Friedensschluß geschehen, die Zivilbevölkerung vor der Infektion durch venerisch krank Heimkehrende zu schützen. Berl. klin. Woch. 1916. Nr. 2.

Nichts Neues. Max Leibkind (Dresden).

Frühwald, Richard und *Zalogiecki*, Alex. Über die Infektiosität des Liquor cerebrospinalis bei Syphilis. Berl. klin. Woch. 1916. Nr. 1.

Nach Wahrnehmungen der Verfasser ist der Spirochaetennachweis im Liquor cerebrospinalis verhältnismäßig selten. Zum Teil liegt das nach Ansicht der Verf. daran, daß im Tierversuche, bei Affen wie Kaninchen, der Impfeffekt oft so geringfügig ist, daß er leicht übersehen werden kann. Der infektiöse Liquor kann in Bezug auf Zell- und Eiweißgehalt, sowie in Bezug auf Wassermann normal und verändert, beziehentlich negativ und positiv sein, es können nervöse Symptome bei den betreffenden Kranken vorhanden sein oder nicht. Ferner kann der Liquor sehr bald oder sehr spät nach der Infektion Spirochaeten enthalten. Max Leibkind (Dresden).

Fischer, W. Altona. Zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Med. Klinik. 1915. p. 936.

Obwohl es selbst bei sorgfältigster Untersuchung der Prostituierten möglich erscheint, daß infektiöse Herde, besonders bei Gonorrhoe, nicht gefunden werden, wird doch genaue Untersuchung und häufiges Mikroskopieren empfohlen. Nach zehnjähriger Tätigkeit als Polizeiarzt stellt F. fest, daß der Prozentsatz der gonorrhoischen Erkrankungen ziemlich gleichgeblieben ist, dagegen derjenige von Syphilis und Ulcus molle stark zurückgegangen ist. Von den heimlichen Prostituierten, die zur Untersuchung gelangten — von September 1914 bis April 1915 waren es 1070 — war

fast ein Drittel erkrankt. Über die Hälfte der Erkrankten leidet an manifester oder latenter Syphilis. Eine wirksame Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten ist möglich, wenn vor allem die heimliche Prostitution mit allen Mitteln bekämpft wird; dazu gehören Strafen und Arbeitshaus. Wichtig ist eine rechtzeitige Diagnose, gründliche Behandlung und eingehende Aufklärung über die Natur des Leidens, eine hinreichende Anzahl von Hautabteilungen und Einrichtung von Fürsorgestellen. Hugo Hecht (Prag).

Halbey, Kurt. Die Bedeutung der Wassermannschen-Reaktion im Blutserum und im Liquor cerebrospinalis für die Diagnose und die Therapie der syphilogenen Erkrankungen des Zentralnervensystems. p. 1380.

Bei positiver W.-R. im Blute läßt sich nicht ohne weiteres ein Schluß auf die luetische Natur einer gerade bestehenden Krankheit schließen. Bei Erkrankungen des Zentralnervensystems ist das schon etwas leichter. Negative W.-R. im Blute macht das Vorhandensein einer progressiven Paralyse in hohem Grade unwahrscheinlich. Auch wird bei Verdacht auf Lues cerebrospinalis eine negative W.-R. im Blutserum die Diagnose nicht sonderlich stützen, wenn auch die Möglichkeit nicht ausgeschlossen ist. Bei Tabes dorsalis dagegen ist ein negativer Befund im Blutserum nicht selten. Bei Untersuchung des Liquors auf W.-R. wird die Hauptmannsche Methode mit größeren Mengen Liquors die W.-R. angestellt (Auswertung). Die Leistungsfähigkeit dieser Methode erhellt am Besten daraus, daß die Originalmethode bei Tabes 5—10% positiver Resultate liefert, mit größeren Mengen dagegen (Gennerich) 100%.

Die positive W.-R. wird von einer antisyphilitischen Behandlung fast stets beeinflußt. Bei manifester Tabes blieb die W.-R. im Blutserum in 17·05% der Fälle (305) positiv, in 13·14% war sie negativ. Von den negativ gewordenen Seren (40) wurden 10 wieder innerhalb eines halben Jahres positiv, einer wurde später wieder negativ. Bei Paralyse wurde in 8% der Fälle (88) die W.-R. im Blutserum negativ. Bei Lues cerebri wurden 13·4% der Fälle negativ, 24·5% blieb positiv (Fuchs). Hugo Hecht (Prag).

Leven. Wie verhält sich die Wassermann-Reaktion bei Thrombosen? Med. Klinik. 1915. p. 1379.

Ein Patient, der infolge eines vor längerer Zeit überstandenen Typhus an einer Thrombose litt, hatte trotz negativer Anamnese positive W.-R. Auch nach intensiver Hg-Salvarsankur trat hierin keine Änderung ein. Eine Frau



litt an einer Thrombose des rechten Beines; W.-R. war schwach positiv. Der Mann hatte klinisch und serologisch keine Zeichen von Syphilis. Nach 5wöchiger Schmierkur war die W.-R. äußerst stark positiv (spricht für Lues: Der Ref.). Eine Prüfung einschlägiger Fälle wäre erwünscht.

Hugo Hecht (Prag).

Snow, W. F. Beschäftigung und Geschlechtskrankheiten. The Journal of the American Medical Association. 1915. Dezember 11. p. 2055.

Obgleich die Geschlechtskrankheiten natürlich nicht in direkter Beziehung zu der Beschäftigung stehen, man also die Geschlechtskrankheiten nicht als Beschäftigungskrankheiten auffassen kann, bestehen doch bestimmte indirekte Beziehungen zwischen der Beschäftigung und diesen Erkrankungen, so das Zusammenleben von Frau und Mann bei gewissen Industrien. Der Zweck der Arbeit ist es, auf die Wichtigkeit der Beziehung gewisser Industrien zu Geschlechtskrankheiten hinzuweisen.

Fritz Juliusberg (Posen).

Busila. Ein thermolabiler syphilitischer „Immunkörper". Modifikation der Technik der Wassermannschen Reaktion. Zentralbl. f. Bakter. Bd. LXXVII. p. 279.

Busila fand, daß es 3 Kategorien von syphilitischen Seris gibt. In der 1. wird die Fähigkeit zur Komplementbindung durch Erwärmen auf 56° vollkommen zerstört, in der 2. erfolgt diese Zerstörung nur teilweise, in der 3. überhaupt nicht. Für die ersten beiden Kategorien ist es also unbedingt notwendig Verfahren anzuwenden, welche mit aktivem Serum arbeiten. Aber auch bei der Anwendung von aktivem Serum nach den gebräuchlichsten Methoden (Bauer, Hecht, Brusila) gibt noch eine Zahl von Seris negative Resultate u. zw., wie der Autor nachweisen konnte, infolge eines Überflusses an Komplement, durch Summation des Meerschweinchenkomplements mit dem eigenen Komplement des Serums. Der Autor titriert daher jetzt in jedem Falle nicht nur den natürlichen hämolytischen Ambozeptor, sondern auch die Komplementmenge des Patientenserums. Einzelheiten der Methodik im Original.

Walther Pick (Wien).

Stühmer, A. Über lokale („primäre") Krankheitserscheinungen an der Stelle der Infektion bei der Ngana-Erkrankung des Kaninchens („Trypanosomenschanker"). Ihre Bedeutung für die Beurteilung des Verlaufes der Kaninchen-Trypanosomiasis. Übergang des „primären" in



das „sekundäre“ Krankheitsstadium (Rezidivstammbildung). Zeitschrift f. Immunitätsf. Bd. XXIV. Nr. 4.

Verf. kommt zu folgender Zusammenfassung seiner Resultate:

1. Mit dem mir zur Verfügung stehenden Trypanosomenstamm (Morgenroth, aus dem Ehrlichschen Institut) konnte ich jederzeit lokale Trypanosomenerkrankungen beim Kaninchen hervorrufen. (Konjunktival- und Skrotalschanker.)

2. Diese lokale Erkrankung, bei welcher massenhaft Erreger im affizierten Gewebe festgestellt werden können, führt erst nach 3—5 Tagen zur Allgemeininfektion des Tieres.

3. Diese „Schanker“ haben pathologisch-anatomisch eine recht weitgehende Ähnlichkeit mit der lokalen Spirochaetose der Tiere und des Menschen. Analog der Nomenklatur, welche bei der Syphilis gebräuchlich ist, wäre demnach diese lokale Trypanose als „primäre Trypanosomiasis“ zu bezeichnen.

4. Die allgemeine Dispersion der Erreger auf dem Blutwege erfolgt bereits unmittelbar nach der vollständigen Ausbildung des lokalen Affektes, aber die zunächst auf dem Wege über die Lymphspalten und -Drüsen ins Blut eingedrungenen Trypanosomen zeigen noch die Eigenschaften des Ausgangsstammes (primärer Stamm).

5. Dieser Invasion des primären Stammes folgt eine allgemeine gesteigerte Antikörperproduktion. Sie erreicht mit dem 7.—8. Tage ihre volle Höhe. Die Erreger verschwinden vorübergehend fast völlig aus dem Blute, um am 9. Tage wieder reichlich aufzutreten.

6. Der Rezidivstamm I. Ordnung ist dann ausgebildet. Er unterscheidet sich vom Ausgangsstamm durch seine Festigkeit gegenüber den Antikörpern I. Ordnung (serumfester „sekundärer“ Stamm).

7. Entsprechend dem Ansteigen der Antikörpermenge im Blute haften Reinfektionen mit dem Ausgangsstamm nur bis zum 4.—5. Tage. Ist der Sekundärstamm ausgebildet, so kann der Ausgangsstamm nicht mehr haften.

8. Unmittelbar nach der Ausbildung des serumfesten Sekundärstammes treten bei den Kaninchen jene sogenannten Späterscheinungen auf, die als Ödeme der Genitalien, der Lippen, der Ohrwurzel etc. allgemein bekannt sind. Ich fasse diese als „Sekundärerscheinungen“ auf, weil sie durch den sekundären Erregerstamm bedingt sind.

9. Sekundärerscheinungen können erst auftreten, nachdem sich die Erreger durch Mutation der Schutzstoffwir-



kung entzogen haben. Erst jetzt finden die Erreger den Weg zu den Körpergeweben. Es dauert geraume Zeit, bis der Körper nun wiederum gegen die veränderten Erreger Schutzstoffe bildet. Inzwischen bleibt den direkt betroffenen Geweben nur die Möglichkeit, sich durch entzündliche Reaktion der Angreifer zu erwehren.

10. Die untersuchte primäre und sekundäre Kaninchentrypanosomiasis bildet ein vorzügliches Material zur Klärung mannigfacher therapeutischer Fragen, vornehmlich der Salvarsandosierung.

11. Vielleicht lassen sich auf Grund der damit zu erzielenden Ergebnisse manche Fragen der Syphilispathologie und -Therapie durch Analogieschluß beantworten.

Marg. Stern (Breslau).

Sormani, B. P. Eine neue Erklärung des Neisser- und Wechsbergschen Phänomens vermittels des „Phänomens der spezifischen Sprödigkeit" Zeitschr. f. Immunitätsf. Bd. XXIV. H. 4.

Das Neisser-Wechsbergsche Phänomen läßt sich mit hämolytischen Immunseren nachweisen. Nach den Untersuchungen des Verf. beruht dasselbe nicht auf der Annahme der Entdecker, daß die Avidität der freien Ambozeptoren zum Komplement eine größere sei als die derjenigen Ambozeptoren, die bereits mit der Bakterienzelle, resp. mit den Blutkörperchen verankert sind. Sie beruht vielmehr auf einer präzipitierenden Wirkung der Immunseren auf die Oberfläche der Antigene. Die Veränderung der Oberfläche des Antigens geht einher mit einem Sprödewerden derselben, das für rote Blutkörperchen näher untersucht und beschrieben wird. (Fragilitas specifica.) Das Vermögen eines Serums, das Phänomen der spezifischen Sprödigkeit herbeizuführen, steht zu seinem präzipitierenden Vermögen im graden Verhältnis. Für Komplementbindungsreaktionen ist daher der Gebrauch stark hämolytischer Seren mit schwach präzipitierendem Vermögen unbedingt nötig, besonders wenn der Versuch, wie Verf. es tut, mit stark sensibilisierten Blutkörperchen angesetzt wird. Die Immobilisation beweglicher Bakterien durch agglutinierende Seren ist wahrscheinlich die Folge von Präzipitation und dadurch verursachter Erstarrung der Oberfläche der Geißeln.

Marg. Stern (Breslau).

Schamberg, J. F. *Kolmer*, J. A. *Raiziss*, G. W. Chemotherapeutische Studien bei experimenteller Trypanosomiasis. The Journal of the American Med. Association. 1915. Dezember 18. p. 2142.

Schamberg und seine Mitarbeiter haben eine Anzahl

chemischer Heilmittel in ihrer Wirkung auf mit Trypanosomen infizierte Tiere untersucht. Es wurden folgende Parasiten verwendet: die Spirochaeta recurrens, Trypanosoma Brucei, Trypanosoma Lewisi, Trypanosoma equiperdum. Letzterer Parasit eignete sich besonders zu derartigen Untersuchungen. Er tötet Ratten 5—7 Tage nach der Injektion. Von den angewendeten Mitteln erwies sich Quecksilber, Kupfer, Enesol und Natriumkakodylat in den höchsten nichtletalen Dosen als wirkungslos, geeignet erschienen nur die Präparate der Arsenobenzolgruppe. Die Autoren dehnten ihre Prüfung neben dem deutschen Salvarsan und Neosalvarsan auch auf ein selbst hergestelltes Arsenobenzol aus (hergestellt im Dermatological Research Laboratory). Das letztere Präparat kam bei 175 Krankheitsfällen zur Anwendung. Bei manchen Fällen kam es zu Kopfschmerz, leichten Fiebersteigerungen, Übelkeit und Erbrechen, aber diese Erscheinungen gingen in wenigen Stunden vorüber. Die therapeutische Wirksamkeit war dieselbe, wie bei den deutschen Produkten. Fritz Juliusberg (Posen).

Seheult, R. Über einen Fall von Goundou. The Lancet. 1915. Januar 9. p. 72.

Es handelt sich bei Seheults Fall um eine 13jährige Negerin aus Trinidad, bei der vor drei Jahren harte symmetrische schmerzlose Schwellungen zu beiden Seiten der Nase aufgetreten waren, die sich langsam vergrößert hatten. Gleichzeitig leichter Kopfschmerz. In der Vorgeschichte fand sich weder Syphilis noch Yaws, doch hatte, als das Kind zwei Jahr alt war, im Hause ein Fall von Yaws gelebt.

Die als „Goundou“ bezeichnete Affektion soll in Westafrika häufig sein. Uber die Ätiologie herrscht noch Unklarheit. Einige halten die Affektion, die auch als „Henpuye“ bezeichnet wird, für eine Krankheit sui generis, andere bringen sie mit Yaws in Zusammenhang.

Fritz Juliusberg (Posen).

Misch, Walter. Über die Giftigkeit des Blutserums von Luetikern für anaphylaktisierte Meerschweinchen. Zeitschr. f. Immunitätsf. Bd. XXIV. Heft 4.

Aus den Versuchen des Verf. ergab sich, daß das Serum syphilitischer Personen für die mit Menschenserum anaphylaktisierten Meerschweinchen giftiger ist als das Serum nichtsyphilitischer Personen und daß für unvorbehandelte (normale) Meerschweinchen eine erhöhte Giftigkeit des Blutserums von Luetikern nicht besteht. Hiernach ist anzunehmen, daß die Toxizität der Sera luetischer Per-



sonen lediglich auf einem vermehrten Gehalt von Eiweißsubstanzen beruht, da nach den Ergebnissen der Anaphylaxieforschung bei der anaphylaktischen Vergiftung nur diese eine Rolle spielen. Marg. Stern (Breslau).

Spillmann. Le dispensaire antisyphilitique de la clinique de dermatologie et de syphiligraphie de Nancy. Presse méd. 1914. Nr. 54.

Das am 1. April 1914 eröffnete Ambulatorium hat schon in den ersten 2 Monaten gute Dienste geleistet.
Münchheimer (Wiesbaden).

Manson, W. H., *Mac Kie,* T. J., *Smith,* H. E. Die Wassermannreaktion in der Augenpraxis. British Medical Journal. 1915. Februar 20. Ref. Medical Record. 1915. März 13. p. 452.

Manson und seine Mitarbeiter machen darauf aufmerksam, daß nach Beiseitestellen der Augenverletzungen, der Konjunktivitis, der Katarakte und der gewöhnlichen Refraktionsanomalien 50% der Augenfälle eine positive Wassermannreaktion geben. Da viele Augenfälle luetischen Ursprungs aber auch negativ reagieren können, ist die Zahl, was den Anteil der Lues an Augenerkrankungen betrifft, eher zu niedrig. Fritz Juliusberg (Posen).

Thomas, G. E. Die Resultate der Wassermann- und Luetinuntersuchung bei den Marinegefangenen. Medical Record. 1915. März 27. p. 523.

Thomas veröffentlicht eine kurze Statistik über das Verhalten der Wassermann- und Luetinreaktion bei den Gefangenen der Flotte. Von 221 Gefangenen, die eine negative Syphilisanamnese hatten, reagierten alle nach Wassermann negativ; von 59, die einen Primäraffekt angaben, reagierten 49 negativ, 10 positiv.
Fritz Juliusberg (Posen).

Schlesinger, M. F. Gründe für den verschiedenen Ausfall der Wassermannreaktion von der technischen Seite. Medical Record. 1915. Januar 9. p. 61.

Nicht zum kurzen Referat geeignet.
Fritz Juliusberg (Posen).

Palier, E. Die Wassermannreaktion nach Wassermann selbst. Medical Record. 1915. Juli 10. p. 62.

Palier setzt die Grundsätze der Untersuchung nach Wassermann auseinander, wobei er sich auf die Angaben Wassermanns selbst stützt. Er weist auf die Unzuverlässigkeit vieler Untersuchungsstellen hin, die über die

Grundsätze der Untersuchung zum Teil überhaupt nicht unterrichtet sind. Fritz Juliusberg (Posen).

Whitney, J. L. Eine statistische Studie über Syphilis, aus der Universitätspoliklinik des Kaliforniahospitals. The Journal of the American Medical Association. 1915. Dezember 4. p. 1986.

Die Statistik Whitneys erweist den Wert und die Notwendigkeit der Wassermannuntersuchung; sie sollte in den Krankenhäusern wenigstens bei allen innerlichen, Nerven- und geburtshilflichen Fällen erfolgen. Wo ein solches Verfahren nicht möglich ist, sollten die Indikationen für seine Anwendung sehr weit gefaßt sein. Zahlreiche Fälle ohne besonderen Syphilisverdacht konnten auf diese Weise klargestellt werden. Besonders Fälle mit der früheren Diagnose Neurasthenie gehören in diese Kategorie. Fritz Juliusberg (Posen).

Davis, M. M. Gut ausgestattete Polikliniken zur entsprechenden Behandlung der venerischen Erkrankungen. The Journal of the American Medical Association. 1915. Dezember 4. p. 1983.

Davis weist auf die Unkosten und Gefahren hin, die der Allgemeinheit durch die nicht genügende Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten erwachsen. Er tritt für die Einrichtung von Polikliniken ein, betont aber, daß deren Ausstattung mit allen Erfordernissen der modernen Wissenschaft erfolgen soll. Fritz Juliusberg (Posen).

Moore, J. J. Die Untersuchung nach Wassermann in der medizinischen Poliklinik. The Journal of the American Medical Assoc. 1915. Dezember 4. p. 1980.

Moore weist auf die Bedeutung der positiven Wassermannreaktion zur Diagnose in der medizinischen Poliklinik hin. Die Unsicherheit der Anamnese und der proteusartige Charakter der Krankheit erschweren die klinische Diagnose außerordentlich. Bei 418 Patienten wurde 55 mal ein positiver Wassermann erhalten. Nur bei 50% dieser Fälle ergab die Anamnese eine Syphilis. Zwölfmal wurden schwach positive Reaktionen erhalten, wobei aus Anamnese und Untersuchung die Diagnose einer Syphilis nicht gemacht werden konnte. Wiederholte negative Untersuchungen unterstützten die Diagnose einer nichtsyphilitischen Erkrankung bei Patienten, die angaben, sich syphilitisch infiziert zu haben. Fritz Juliusberg (Posen).

Wile, U. J. und *de Kruif*, P. H. Kulturexperimente mit der Spirochaeta pallida, die vom Gehirn eines Paralytikers stammte. The Journal

of the American Medical Association. 1916. Februar 26. p. 646.

Wile berichtete im Journ. exp. med. 1916. XXIII. p. 199 über die erfolgreiche Impfung von Spirochaeten von dem Hirn eines lebenden Paralytikers auf Kaninchen. 32 Tage nach der Einimpfung in den Hoden waren im Hoden zahlreiche Spirochaeten nachzuweisen. Diese Spirochaeten wurden zur Reinkultivierung benutzt und zwar wurde ein Kaninchennieren-Aszitesagar benutzt. Die Züchtung erfolgte unter anaeroben Bedingungen. Die Weiterkultivierung gelang bisher über mehr als 4 Monate hindurch.

Fritz Juliusberg (Posen).

Walker, I. C. und *Haller*, D. A. Durchgängige Wassermannuntersuchungen bei viertausend Krankenhauspatienten. The Journal of the American Medical Association. 1916. Februar 12. p. 488.

Walker und Haller konnten aus der regelmäßigen Wassermannuntersuchung der medizinischen Klinik des Peter Bent Brigham Hospitals zu Boston folgende Schlüsse ziehen: 1. Die Syphilis ist häufiger, als man gewöhnlich annimmt. 2. Die durchgängige Wassermannuntersuchung ist von größtem Werte für jedes Krankenhaus. 3. Neurologische Fälle sollen immer untersucht werden und speziell alle Fälle von Epilepsie. 4. Fälle von nicht vermuteter Syphilis übertreffen an Zahl bedeutend die sicher Syphilitischen unter den Insassen eines allgemeinen Krankenhauses. 5. Die gewöhnlichen Infektionskrankheiten — Typhus, Pneumonie, Tuberkulose und Scharlach — haben keinen Einfluß, indem sie etwa fälschlich positive Reaktionen verursachen. 6. Wir finden kein Argument zu Gunsten der Annahme, daß chronische Nephritis mit oder ohne Hypertension durch Syphilis verursacht wird. 7. Diabetes ergab in der Serie einen besonders hohen Prozentsatz positiver Reaktionen und bei ein oder zwei Fällen war die Koinzidenz der syphilitischen Erkrankung und der Beginn der diabetischen Symptome verdächtig, aber nicht überzeugend. 8. Die wohlbekannte Affinität der Spirochaeta pallida zum Gefäß- und Nervengewebe ist sehr ausgesprochen; leider sind die ersten Symptome bei der Erkrankung so leicht, daß sie oft nicht bemerkt und folglich nicht frühzeitig behandelt werden, wodurch spätere und schwerere Erscheinungen verhütet werden könnten. 9. Syphilis der Leber stellt ein differentialdiagnostisch höchst schwieriges Problem dar.

Fritz Juliusberg (Posen).

Swift, H. F., *Draper*, G., *Fordyce*, J. A. Die Präzisionsmethoden für die Diagnose der Syphilis.



New York academy of medicine. 1916. Januar 6. The Journal of the American Medical Association. 1915. Februar 19. p. 599.

Swift äußert sich über die Technik und Bedeutung der Wassermannreaktion, Draper über die Untersuchung des Lumbalpunktats, Fordyce über die Bedeutung der kolloidalen Goldprobe. Bezüglich der Einzelheiten sei aufs Original verwiesen. Auch die anschließende Diskussion bringt manche wichtige Tatsache.

Fritz Juliusberg (Posen).

Syphilis. — Symptomatologie.

Larkin, J. H. und *Levy,* I. J. Pathologische Studie über die Aortitis syphilitica und ihr serologisches Verhalten. New-York State Journal of Medicine. 1915. Dez. Ref. The Journal of the American Medical Association. 1916. Januar 8. p. 149.

Larkin und Levy untersuchten 42 Aorten und konnten bei diesen Fällen vor dem Tode serologisch das Blut prüfen. 19 dieser Fälle gaben einen positiven Wassermann, während 23 negativ ausfielen. Von den 19 positiven Fällen hatten 17 mikroskopisch deutlich syphilitische Veränderungen an der Aorta. 15 von diesen 19 Patienten starben an einem syphilitischen Prozeß und von diesen 15 starben 11 an ihrer syphilitischen Aortitis.

Fritz Juliusberg (Posen).

Montgomery. D. W. Herpes buccalis recidivans vom Fournier-Emeryschen Typus. Medical Record. 1914. Dezember 12. p. 1007.

Der 40jährige Patient Montgomerys, der 3 Jahre vorher sich syphilitisch infiziert hatte, kam mit Wunden an der Zunge und an den Lippen zur Beobachtung. Gleichzeitig wies er neben einer psychischen Depression nervöse Störungen besonders des Verdauungsapparates und heftige Kopfschmerzen auf. Er bekam Herpes nach Herpes im Munde. Nach einer Injektion von 0·6 Salvarsan blieb der Herpes weg.

Fritz Juliusberg (Posen).

Wingrave, Wyatt. Durch Spirochaeten bedingte Ulzeration der Tonsillen bei Soldaten. The Lancet. 1915. Juli 24. p. 176.

Die von Wingrave wiederholt beobachtete Affektion, die vielleicht mit der Angina Vincenti identisch ist, weist folgende Charakteristika auf: Ein tief ausgehöhltes und schmutzig belegtes Ulkus auf der Tonsille, unangenehm fötiden Geruch aus dem Munde, die Anwesenheit zahl-



reicher Spirochaeten und fusiformer Körper. Man kann die Fälle in zwei Gruppen einteilen, in eine akute, die 4—7 Tage dauert und in eine subakute von 2—3 Wochen Dauer.

Fritz Juliusberg (Posen).

Easton, M. T. Syphilis der Lunge. Medical Record. 1915. Oktober 16. p. 652.

In den Erwägungen, die Easton im Anschluß an die Mitteilung eines Falles von Lungensyphilis anstellt, kommt er zu folgenden Schlüssen: 1. Syphilis der Lunge, obgleich ein seltener Zustand, wird gelegentlich beobachtet. 2. Alle Fälle von verdächtiger Lungenaffektion, besonders solche, welche Tuberkulose ähneln und bei wiederholter sorgfältiger mikroskopischer Prüfung keine Tuberkelbazillen aufweisen, sollen als möglicherweise syphilitisch betrachtet werden. 3. Besonders soll man auf die Fälle achten, die die eben erwähnten Zeichen aufweisen und keinen physikalischen Befund an der Spitze, sondern nur an der Basis zeigen. Diese Fälle soll man als syphilitisch ansehen. 4. Bei Fällen mit Syphilisverdacht soll die Behandlung möglichst früh einsetzen, um die Bildung permanenter fibröser Zustände und Stenose der Bronchien zu verhindern. 5. Bei einer sicheren Syphilis, wo zugleich auch Tuberkulose vorliegt, soll man die antituberkulöse Therapie mit einer geeigneten antisyphilischen Behandlung kombinieren.

Fritz Juliusberg (Posen).

Warthin, A. S. Die Pathologie der Herzsyphilis. Mississippi Valley Med. Ass. 1914. Okt. 27./29. Medical Record. 1914. November 21. p. 902.

Warthin konnte zeigen, daß rein parenchymatöse Veränderungen, wie trübe Schwellung, fettige Degeneration, hydropische Degeneration, Atrophie und Koagulationsnekrose, das Resultat einer Ansiedlung der Spirochaeten im Herzmuskel sein können; solche parenchymatöse Veränderungen kommen bei völliger Abwesenheit interstitieller Veränderungen vor. Auch bei tödlich endigenden Fällen von Herzinsuffizienz und -Dilatation brauchen nur solche parenchymatöse Veränderungen vorhanden zu sein. Daß diese Herde syphilitisch sind, läßt sich durch den Spirochaetenbefund erweisen. Zwischen diesen parenchymatösen Veränderungen und dem Zustand der schließlichen Fibrose gibt es alle Übergänge. Die parenchymatösen Veränderungen sind zeitweise begleitet von interstitiellem Ödem, Zellinfiltration und Zellproliferation. In der größeren Mehrzahl der Fälle können diese interstitiellen Veränderungen nur mikroskopisch erkannt werden. Mit der Zunahme der Zahl und der Virulenz der Spirochaeten werden die interstitiellen



Veränderungen ausgesprochener. Sie sind besonders deutlich in der Nachbarschaft der kleinen Zweige der Koronararterien. Spirochaeten sind immer in diesen interstitiellen Veränderungen zu finden, bis die Bindegewebsproliferation narbenartig oder hyalin wird.

Fritz Juliusberg (Posen).

Lusk, W. C. Ein Fall von Thrombo-Angiitis, dessen Wassermannreaktion lange Zeit negativ war, aber jetzt positiv wurde. Medical Record. 1914. November 14. p. 833.

Der Fall von Lusk zeigt außer der in der Überschrift angegebenen auffallenden Tatsache das weniger bemerkenswerte Verhalten, daß der nur mäßig antisyphilitisch behandelte Patient erst nach energischer Quecksilber- und Salvarsanbehandlung eine Besserung der Krankheitserscheinungen aufwies. Fritz Juliusberg (Posen).

Montgomery, D. W. Syphilophobie. Medical Record. 1914. September 12. p. 464.

Bericht über einen Fall, bei dem ein Herpes der Unterlippe den Verdacht einer Syphilis erweckt hatte. Jahre hindurch Syphilophobie und sonstige psychische Depressionen. Fritz Juliusberg (Posen).

Curschmann, H. Über atypische multiple Sklerose und luetische Spinalleiden bei Heeresangehörigen. Münch. med. Woch. 1915. Nr. 31.

Anschließend an einen Fall von multipler Sklerose, die im Felde aufgetreten war und bei der alle vier Luesreaktionen (nach Nonne) fehlten, wendet sich Verf. mit aller Schärfe dagegen, bei der multiplen Sklerose eine luetische Ätiologie annehmen zu wollen. Er hält auch die Salvarsanbehandlung zur Feststellung der Diagnose nicht für indiziert. Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Bendig. Über akute gelbe Leberatrophie bei Syphilis. Münch. med. Woch. 1915. Nr. 34.

Eine Gravida macht wegen Primäraffekt eine gemischte Kur (Hg und Salvarsan) durch. Die ersten beiden Salvarsan-Injektionen werden gut vertragen, nach der dritten etwas Erbrechen. 2 Tage darauf Mattigkeit, psychische Veränderung, Konvulsionen und Tod nach 2 weiteren Tagen. Pathol.-anat. Diagnose: akute gelbe Leberatrophie.

Auffallend ist, daß diese Erkrankung besonders bei Graviden beobachtet wird. Wohl kann auch die Lues allein ätiologisch in Betracht kommen, doch ist auch die Kombination von Hg und Salvarsan als schädigendes Moment mit in Betracht zu ziehen.

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).



Pöhlmann, A. Superinfektion bei Tabes dorsalis. Münch. med. Woch. 1914. Nr. 45.

Ein 63jähriger Patient, der vor 36 Jahren syphilitisch infiziert war und an Aortensklerose und beginnender Tabes leidet, zog sich einen Primäraffekt zu. Die anfänglich negative Wa.-R. wurde mit Ausbildung der Induration positiv. Ausheilung des Schankers nach kombinierter Hg-Salvarsantherapie. Es handelt sich um eine echte „Superinfektion". Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Hoffmann, Erich. Zweimalige Abortivheilung der Syphilis bei Reinfektion nach 2 Jahren. 1914. 41.

Eingehender Bericht über einen Fall, der zweimal frisch syphilitisch infiziert, jedesmal durch kombinierte Hg-Salvarsanbehandlung geheilt wurde.

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Gram, Chr. Morbus cordis syphiliticus. Ugeskrift for Läger 1916. Nr. 8. p. 269—275.

Kasuistische Mitteilung von 2 Fällen von Aortaleiden syphilitischen Ursprungs, durch Quecksilberbehandlung gebessert. Harald Boas (Kopenhagen).

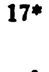
Friedländer, Carl. Beitrag zur Kenntnis der Gefäßerkrankungen infolge von Lues. Berl. klin. Woch. 1915. Nr. 45.

Kritische Studie. Verfasser warnt vor Überschätzung der Lues als ätiologischen Faktor bei der Entstehung der Gefäßerkrankungen. Max Leibkind (Dresden).

Kerr le Grand. Uber Syphilis. Medical society of the state of New York. 1915. April 29. Medical Record. 1915. Mai 15. p. 835.

In einer Sitzung, die sich ausschließlich mit Syphilis beschäftigt, hält Kerr den einleitenden Vortrag über die hereditäre Syphilis, ihre frühesten Erscheinungen vom intrauterinen Leben bis zum ersten Lebensjahre. Folgende anamnestische Daten weisen auf eine Syphilis hin: *a)* Die Tendenz der Kinder einer Familie trotz guter hygienischer und diätetischer Sorgfalt an Anämien und Unterernährung zu leiden. *b)* Langsame Entwicklung ohne besondere Ursache. *c)* Das Auftreten anscheinend rhachitischer Knochenveränderungen ohne daß eine sichere Rhachitis vorhanden ist. *d)* Häufige Aborte bei der Mutter etc. La Fetra spricht über die späteren Erscheinungen der hereditären Lues, Goddard über Syphilis als Ursache der Geistesschwäche, Townsend über die Rötgendiagnose der Knochenveränderungen bei hereditärer und akquierierter Syphilis.

Fritz Juliusberg (Posen).





Hunt, E. L. Bericht über einen Fall von konjugaler Syphilis, mit Schlußfolgerungen. Med. Record. 1915. Mai 22. p. 850.

Bei den Fällen Hunts litt der Ehemann an einer syphilitischen Endarteriitis, die in eine syphilitische Demenz ausging. Zugleich bestand eine syphilitische Pankreatitis; die Ehefrau litt an einer Taboparalyse. In seinen Schlußfolgerungen weist der Autor auf die Wichtigkeit der Luetinprobe, der provokatorischen Salvarsaninjektion, der Wirkung des Salvarsans, das Fehlen der Aortitis bei beiden Fällen hin. Fritz Juliusberg (Posen).

Symmers Douglas und *Wallace Guy*, H. Die Ätiologie der syphilitischen Aortitis. The Journal of the American Medical Association. 1916. Februar 5. p. 397.

Symmers und Wallace kommen in ihrer Arbeit zu folgenden Schlüssen: 1. Die Mesaortitis Heller-Döhle ist im wesentlichen eine syphilitische Veränderung, aber ihre Entstehung wird begünstigt durch gewisse andere Faktoren, unter denen Alter, Geschlecht, die Länge und der Charakter der antisyphilitischen Behandlung interkurrente Krankheiten, besonders Infektionen, wie die akute rheumatische Arthritis, Alkoholismus und Beschäftigungen, die eine längere körperliche Anspannung erfordern, eine nicht unwichtige Rolle spielen. 2. *a)* Die syphilitische Aortitis kommt viel häufiger bei den Männern vor — in 80% der Fälle der obigen Autoren — ein Faktum, welches für die Wichtigkeit der Einflüsse durch die Beschäftigung spricht. *b)* Die syphilitische Aortitis tritt im relativ jugendlichen Alter ein, meist zwischen dem 30. und 50. Lebensjahre, bei 71·4% der Fälle. *c)* Bei unbehandelter oder vernachlässigter Syphilis beträgt der Intervall zwischen der Infektion und dem Tode mit anatomischer Feststellung der syphilitischen Aortitis 20·5 Jahre, woraus hervorgeht, daß selbst unter den günstigsten Umständen, die Veränderung spät im Verlauf der Syphilis eintritt. 3. *a)* Bei ungefähr 30% der Patienten mit syphilitischer Aortitis entwikkelte sich ein Aneurysma. *b)* Wenigstens 15% aller Fälle von syphilitischer Aortitis wiesen eine Dilatation des ersten Teiles der Aorta auf. *c)* Ungefähr 30% aller Fälle von syphilitischer Aortitis gehen eine Sklerosierung und Retraktion der Aortenklappen ein. *d)* Läßt man außer Betracht das Auftreten solcher klinischer Erscheinungen, wie Angina pectoris und Hirnstörungen, die auf einen Verschluß eines der größeren Äste der Aorta zurückzuführen sind, wie die Arteria innominata oder linke Karotis, so wird es wahrscheinlich erscheinen, daß einige Fälle von syphiliti-



scher Aortitis einen Verlauf haben, der frei ist von subjektiven deutlichen Beschwerden oder gar von klinisch erkennbaren Symptomen. Fritz Juliusberg (Posen).

Weidler, W. B. Syphilitische Iritis mit Kondylomen. Bericht über drei Fälle. The Journal of the American Medical Association. 1915. Dezember 25. p. 2234.

Weidler berichtet über drei Fälle von papulöser syphilitischer Iritis. Solche Fälle werden oft irrtümlich als Iritis gummosa bezeichnet, und zwar deswegen, weil Papeln der Iris anatomisch als Gummen angesehen werden. Aber die wirklichen Irisgummen sind viel seltener. Die Papeln kommen oft in Mehrzahl vor, während das Gumma einzeln und öfters in der Nähe des Ziliarkörpers beobachtet wird.
Fritz Juliusberg (Posen).

Craig, C. B. Zerebrale Syphilis im sekundären Stadium. Medical Record. 1914. September 6. p. 422.

Craig betont, daß die Häufigkeit einer Erkrankung des Zentralnervensystems in einem relativ frühen Stadium der Syphilis nicht genügend bekannt sei. Er berichtet über zwei Fälle, von denen der eine vor 3, der andere vor 5 Monaten den Primäraffekt bemerkt hatte und die jetzt neben anderen Erscheinungen Symptome von Seiten des Zentralnervensystems aufwiesen. Erfolgreiche Salvarsanbehandlung.
Fritz Juliusberg (Posen).

Löhe, H. Klinische und pathologisch-anatomische Untersuchungen über Skelettveränderungen bei kongenitaler Syphilis und ihre Heilungsvorgänge. Virchows Archiv. Bd. CCXX. H. 1.

Der Autor untersuchte ein großes Material kongenital syphilitischer Kinder (60 Fälle, darunter 8, die längere Zeit gelebt und antiluetisch behandelt worden waren), um ein möglichst erschöpfendes Bild darüber zu gewinnen, welche Prozesse an dem Knochensystem überhaupt vorkommen. Insbesondere interessierte ihn die Frage, in welcher Weise sich die Reparation der durch die Osteochondritis syphilitica gesetzten Veränderungen am Skelett vollzieht. Zunächst bestätigen sich aus den Untersuchungen die Angaben früherer Autoren (Wegner, Hochsinger u. a.), daß in allen Fällen von kongenitaler Syphilis typische Skelettveränderungen in Form der Osteochondritis vorhanden sind. Als ein sehr wertvolles klinisch-diagnostisches Hilfsmittel wird hiefür auch von Löhe das Röntgenverfahren bezeichnet. Bezüglich der Frage von Reparationsvorgängen in solchen Entzündungsherden weist der Autor auf die Tatsache hin, daß er in behandelten



Fällen jedesmal ein außerordentlich reich vaskularisiertes Granulationsgewebe vorgefunden habe, während das der Herde von unbehandelten Fällen nur eine ganz verschwindende Zahl von kleinen Gefäßen aufwies. Löhe meint, hierin liege ein wichtiges differential-diagnostisches Hilfsmittel, zugleich bekomme man hieraus auch eine richtige Vorstellung, in welcher Weise der Heilungsvorgang bei der Osteochondritis syphilitica vor sich gehe.

Kyrle (Wien).

Castaigne. Crises gastriques du tabès; interprétation. Journ. d. pratic. 1914. Nr. 14.

Die Magensyphilis kann Erscheinungen auslösen, die als gastrische Krisen besonders dann imponieren, wenn sie bei Tabikern vorkommen, oft auch irrig als Initialsymptome der Tabes angesehen werden. Diese rein syphilitischen Krisen reagieren auf Hg., während die echten tabischen durch die spezifische Behandlung nicht beeinflußt werden. F. Münchheimer (Wiesbaden).

Brelet. Les pleurésies des syphilitiques. Gaz. d. hôp. 1914. Nr. 77.

Besprechung von 3 neuen Dissertationen (von Beaurepaire, Blanches, Amaudrut).

F. Münchheimer (Wiesbaden).

Collin, A. Welche Form der Syphilis führt am häufigsten zur Paralyse? Gazette d. hôpit. 1914. Nr. 69.

Zur Paralyse führt eine scheinbar benigne Form der Syphilis. Bisweilen sind Primäraffekt und Paralyse ihre einzigen Manifestationen. In Wahrheit handelt es sich um eine ganz spezielle Form infolge Neurotropismus der Mikroben und besonderer Disposition des betreffenden Organismus. In den selteneren Fällen von Syph. gravis mit Ausgang in Paralyse dürften entweder zufällige Momente (Schädelverletzungen) oder sukzessive Schübe von syphilitischen Erkrankungen der Gehirnarterien und der Meningen diesen Ausgang verschulden.

F. Münchheimer (Wiesbaden).

Bardach, Kurt. Ein Fall von tertiärer Lues nach Typhusschutzimpfung. Münch. mediz. Woch. 1915. Nr. 51.

Nach einer Typhusschutzimpfung entwickelte sich in der Nähe der Impfstelle eine Hauterscheinung, die als tertiäre Lues anzusprechen war. Es stellte sich heraus, daß Pat., ohne es zu wissen, vor 20 Jahren sich luetisch infizierte. Wassermann war stark positiv. In diesem



Fall dürfte das Auftreten der tertiären Lues als Folge der traumatischen Impfwirkung aufzufassen sein.

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Gilmour, A. J Ein Fall von Gumma des oberen Augenlids. Medical Record. 1915. Februar 13. pag. 272.

Gilmours 32jährige Patientin hatte sich 14 Jahre vorher syphilitisch infiziert. Sie hatte wiederholte Rezidive. Unter Schwellung und Juckreiz entstand eine gummöse Bildung am rechten oberen Augenlid, die unter spezifischer Behandlung heilte. Fritz Juliusberg (Posen).

Einhorn, Max. Weitere Bemerkungen zur Syphilis des Magens. Medical Record. 1915. März 13. p. 421.

Einhorn berichtet über sieben Fälle von Magensyphilis. Er bemerkt, daß es, abgesehen von der mikroskopischen Untersuchung des Gewebes, keine Zeichen für Magenkarzinom gibt, welches nicht auch bei gummösen Tumoren des Magens vorkommt. Bei einem Fall war der Wassermann negativ und der makroskopische Befund nach Eröffnung der Bauchhöhle sprach zunächst für ein inoperables Karzinom. Bei einem anderen Falle sprach der Röntgenbefund für ein Karzinom. Eine positive Wassermann-Reaktion bringt für solche Fälle oft den Entscheid; aber auch ein negativer Wassermann spricht nicht gegen Lues. Die Differentialdiagnose wird weiter durch eine energische antisyphilitische Behandlung entschieden.

Fritz Juliusberg (Posen).

Lydston, G. F. Ein eigenartiger Fall von Syphilis des Schädels und der Wirbelsäule; mit Bemerkungen über syphilitische Knochendystrophie. Medical Record. 1915. Januar 9. p. 43.

Lydstons Patient, ein 56jähriger Mann, weiß nichts von seiner syphilitischen Infektion. Oktober 1912 traten Schmerzen im rechten Arm und in der rechten Schulter auf, denen sich bald Schmerzen in der rechten Ileokostalgegend zugesellten. Gewichtsabnahme. Retentio urinae. Die Untersuchung ergab neben anderen Momenten: eine Empfindlichkeit über allen spinalen Nervenwurzeln. In der Medianlinie in der Lendengegend fand sich ein oblonger Tumor, der nicht empfindlich war, von 4 zu 6 *cm* Größe. In der Medianlinie des Schädels an der Occipito-Parietalnaht fand sich ein nußgroßer Tumor, der offenbar subperiostal saß. Exophthalmus des rechten Auges mit völligem Sehverlust. Wassermann positiv. Die Inzision in den Schädeltumor ergab das Vorhandenseins eines Gummas. Trotz antisyphilitischer Behandlung mußte später operativ



eingegriffen werden. Exitus letalis. Lydston schließt aus seinen längeren Ausführungen folgendes: 1. Ernsthafte Zerstörung der Knochen des Schädels und der Wirbelsäule kann durch Spätsyphilis verursacht werden, ohne daß weitere lokale Symptome auftreten, die auf die Knochenerkrankung oder Störungen am Hirn und Rückenmark zu beziehen sind. 2. Solche Fälle werden verursacht nicht durch Druck auf die Knochen oder „Korrosion", sondern durch eine Umänderung der Ernährung — Knochendystrophie —, eingeleitet durch trophoneurotische Störungen, die auf Syphilotoxämie beruhen, indem sie vor allem auf den Sympathikus einwirken. 3. Diese Varietät der syphilitischen Knochenzerstörung befällt mit Vorliebe die Gesichtsknochen, kann aber auch, wie der beschriebene Fall zeigt, die Knochen des Kranium und der Wirbelsäule oder beide zugleich ergreifen. 4. Der Prozeß zeigt eine spezielle Prädilektion für die vom 5. Nerven versorgten Teile. 5. Der Prozeß kann mit gummösen Infiltrationen in anderen Regionen vergesellschaftigt sein. 6. Die Behandlung, in der Hauptsache antisyphilitisch, ist nur wirksam, wenn zugleich chirurgisch eingegriffen wird. Fritz Juliusberg (Posen).

Smith, F. W. Syphilitische Reinfektion mit Bemerkungen über Immunität und Behandlung. Medical Record. 1915. Juli 10. p. 60.

Mitteilung eines Falles von Reinfektion mit Bemerkungen aus der Literatur über die Seltenheit dieses Vorkommens und den Einfluß der Behandlung auf die Heilung der Erkrankung. Fritz Juliusberg (Posen).

Koplik, Henry. Die ätiologische Beziehung der Syphilis zur Chorea. American pediatric society. Mai 1915. 24—26. Medical Record. 1915. September 18. p. 505.

Wie Koplik hervorhebt bestehen unzweifelhafte Beziehungen zwischen Chorea und Endokarditis und Chorea und rheumatischen Gelenkerkrankungen. In letzter Zeit sucht man auch die Syphilis mit Chorea in Zusammenhang zu bringen. Man wies darauf hin, daß Arsen und Salvarsan gut bei Chorea wirkte. Koplik hat bei 10 Fällen von Chorea Wassermann gemacht; er fiel bei acht Fällen negativ, bei zweien nicht deutlich positiv aus. Nach seiner Ansicht ist Syphilis bei Chorea nur ein zufälliges Vorkommnis. Fritz Juliusberg (Posen).

Stein, H. C. Syphilitische Arthritis. Medical Record. 1915. September 18. p. 472.

Stein kommt in seinen Ausführungen über die syphilitischen Gelenkerkrankungen zu folgenden Schlüssen: 1. Die Syphilis der Gelenke kommt häufig vor. Sie umfaßte



etwa 20% der Fälle des Hospitals für Deformitäten und Gelenkerkrankungen zu New-York. 2. Die Syphilis kann fast jede Form der Arthritis hervorrufen und sitzt entweder primär im Gelenk oder sie ist sekundär nach einem Befallensein des Knochens. 3. Die Differentialdiagnose betrifft den akuten Gelenkrheumatismus, den gonorrhoischen Gelenkrheumatismus, die rheumatische Arthritis, die Arthritis deformans, die tuberkulösen Gelenkerkrankungen, die durch Tumoren und die traumatische Synovitis. 4. Bei kleinen Kindern ist die Epiphysitis mit sekundärer Gelenkerkrankung der häufigste Typus. Bei Kindern von 8—15 Jahren ist die gewöhnliche Erscheinung Hydrops oder einfache Synovitis. Der Arthritis derformans-Typus ist der häufigste bei erworbener Syphilis. 5. Die Schmerzen sind in der Regel nicht schwer und bei Nacht heftiger. 6. Die Diagnose hängt ab von der Vorgeschichte, von den Begleiterscheinungen der Syphilis, von der Wassermannreaktion, der Luetinprüfung, dem Röntgenbilde und der therapeutischen Wirkung. 7. Die Möglichkeit einer Syphilis soll bei jedem Fall von Gelenkerkrankung unbestimmten Ursprungs in Betracht gezogen werden. Fritz Juliusberg (Posen).

Montgomery, D. Syphilitische Roseola, beschränkt auf die Fußsohlen. Medical Record. 1916. Januar 29. p. 192.

Montgomery lenkt die Aufmerksamkeit auf örtliche beschränkte Ausbrüche der syphilitischen Roseola; besonders bemerkenswert sind Fälle, wo die Roseola allein auf die Fußsohlen resp. Handteller beschränkt sind.

Fritz Juliusberg (Posen).

Whitney, J. L. und *Baldwin*, W. I. Syphilis der Wirbelsäule; ihre Häufigkeit und der Wert ihrer charakteristischen Veränderungen. The Journal of the American Medical Assoc. 1915. Dezember 4. p. 1989.

Wie Whitney und Baldwin hervorheben, ist die Syphilis der Gelenke viel häufiger als man im allgemeinen annimmt. Von 544 Syphilitikern des Kaliforniahospitals wiesen 83, also 15·2% syphilitische Gelenkveränderungen auf. Am häufigsten befallen war die Wirbelsäule, nämlich bei 41 Fällen. Von allen Fällen von Arthritis waren 18·7% syphilitischen Ursprungs. Eine lokalisierte Steifheit der Wirbelsäule deutet stark auf eine Syphilis hin, sie fand sich in über der Hälfte der Fälle und wurde selten bei nichtsyphilitischen Fällen beobachtet. Lokalisierte Steifheit in Gemeinschaft mit Hypotonizität der nichtbefallenen Spina und der Becken- und Hüftgelenke ist fast pathognomonisch



für Syphilis. Sie findet sich sowohl bei abgelaufenen, wie bei aktiven Fällen. Es ist ein leicht festzustellendes Zeichen. Ein negativer Wassermann läßt bei Anwesenheit anderer Zeichen einer Gelenkerkrankung nicht sicher eine Syphilis ausschließen. Fritz Juliusberg (Posen).

Wholey, C. C. Kompliziertes Befallensein des Nervengewebes bei Syphilis der Wirbelsäule. The Journal of the American Medical Association. 1916. Februar 26. p. 627.

Wholeys Patient zeigte bei der Krankenhausaufnahme Verlust der Sensibilität an Larynx, Pharynx und Ösophagus, Erscheinungen, die auf Störungen des Zervikal- und Medullarteiles der Wirbelsäule hindeuteten. Gleichzeitige Aufhebung der Sensibilität an Blase, Mastdarm und unteren Extremitäten sprach für eine Störung der lumbosakralen Wirbelsäule. Bezüglich des genau aufgenommenen Nervenstatus und der Larynxuntersuchung sei aufs Original hingewiesen. Rückgang der Krankheitserscheinungen unter antisyphilitischer Behandlung.

Fritz Juliusberg (Posen).

Mussey, R. D. Syphilitische Erkrankung von Herz und Aorta. Journal-Danzet, Minneapolis. 1915. Dezember 15. Ref. The Journal of the American Medical Association. 1916. Januar 22. p. 306.

Von 1379 syphilitischen Patienten, die in der Mayoklinik während fünf Jahren untersucht wurden, wiesen 59 eine Erkrankung des Herzens, der Aorta oder des Mediastinums auf, die mit der Syphilis in Verbindung stand. Bei 53 derselben war der Wassermann positiv, der Rest hatte eine syphilitische Anamnese.

Fritz Juliusberg (Posen).

Niles, G. M. Syphilis des Magens. The Journal of the American Medical Association. 1916. Februar 19. p. 564.

Der 28jährige Patient von Niles kam wegen Übelkeit und Erbrechen und schweren Magenschmerzen in Behandlung. Mit 20 Jahren hatte er eine Wunde am Gliede, die nach lokaler Behandlung heilte. Der Kranke machte einen kachektischen Eindruck, so daß an Karzinom gedacht wurde. Wassermann positiv. Heilung unter antisyphilitischer Behandlung. Fritz Juliusberg (Posen).

Collins, Joseph. Syphilis in der Neurologie. New-York academy of medicine. 1916. Januar 6. The Journal of the American Medical Association. 1916. Februar 5. p. 454.

Collins bemerkt, daß es neben den Nervenkrank-



heiten mit sicherer syphilitischer Ätiologie, wie Tabes, Paralyse, und viele Fälle von zerebraler und spinaler Endarteriitis, noch andere Erkrankungen des Nervensystems gibt, deren syphilitischer Ursprung nicht so sicher steht. Jedenfalls soll das Vorkommen von Kopfschmerz, von flüchtigen oder persistenten Schmerzen im Nacken und an den Extremitäten, von Steifheit, Parästhesien, Störungen in der Urination, vorübergehenden Depressionen an Syphilis denken lassen. Fritz Juliusberg (Posen).

Martin, Edward. Syphilis in der allgemeinen Chirurgie. New York academy of medicine. 1916. Jan. 6. The Journal of the American Medical Association. 1916. Februar 5. p. 453.

Martin betont die Wichtigkeit der Diagnose syphilitischer Veränderungen durch den Chirurgen, da diese Veränderungen schnell auf eine antisyphilitische Behandlung weichen. Er betont die Entscheidungsmöglichkeit in zweifelhaften Fällen durch die Wassermannuntersuchung und die Röntgologie. Fritz Juliusberg (Posen).

Barker, L. F. Die Wichtigkeit der oft nicht vermuteten Syphilis bei zahlreichen Störungen. New York academy of medicine. 1916. Januar 6. The Journal of the American Medical Association. 1916. Februar 5. p. 453.

Barker zählt eine lange Reihe verschiedener Krankheitserscheinungen auf, bei denen man an eine Syphilis denken soll: Langdauernde, sonst nicht erklärbare Fieber, dunkle Nervenfälle, sowohl organische, wie funktionelle, chronische Laryngitis, Tracheal- und Bronchialstenose, Bronchiektasien und unerklärte Infiltrationen oder Massen in Lungen und Pleura, Aneurysmen, Aorteninsuffizienz, besonders, wenn nicht begleitet von anderen Klappenveränderungen, Herzblock und andere kardiale Arrythmien, arterielle und venöse Thrombose, gewisse schwere Anämien, paroxysmale Hämoglobinurien, indolente Knoten in Zunge und Tonsillen, Vergrößerungen von Leber und Milz, Strikturen des Rektums, atypische Gelenkerkrankungen und besonders dunkle Erkrankungen der Wirbelsäule, Verdickungen oder Knoten an den Knochen, besonders wenn sie von nächtlichen Schmerzen begleitet sind, ungewöhnliche Formen von Nierenerkrankungen, chronische Orchitis oder Knoten in den Hoden, wiederholte Mißfälle ohne anscheinende Ursache, Frühgeburten, Störungen des Metabolismus und der inneren Sekretion, besonders bei bizarren Fällen. Fritz Juliusberg (Posen).



Syphilis. — Therapie.

Hollis, A. W. Bericht über Tabesfälle, die mit intraspinalen Injektionen von salvarsanisiertem Serum behandelt wurden. New York Academy of medicine. Sitzung vom 21./V. 1914. Medical Record 1914. Juli 18. p. 131.

15 der Fälle von Hollis waren mit 60%igem Serum in Kochsalzlösung behandelt, die übrigen mit 40%igem Serum oder reinem Serum. Die Durchschnittsquantität von Neosalvarsan war 20 *ccm.* Die Reaktionen waren gewöhnlich geringfügig. Der Erfolg war teilweise geringe Besserung. Fritz Juliusberg (Posen).

Watters, W. H. Die moderne Behandlung der Syphilis. Medical Record. 1914. Oktober 24. p. 711.

Watters kommt in seiner Arbeit zu folgenden Schlüssen: 1. Salvarsan ist dem Neosalvarsan vom klinischen und serologischen Standpunkte aus vorzuziehen. Wenn alles sorgfältig vorbereitet wird, sind die Reaktionen nicht zahlreicher oder schwerer. 2. Salvarsan allein ist weniger wirksam, als wenn man es mit einer Quecksilberbehandlung kombiniert, wobei am empfehlenswertesten das salizylsaure Quecksilber, intramuskulär angewendet, ist. 3. Die Behandlung soll immer durch wiederholte Blutuntersuchungen kontrolliert werden. Diese erfolgen am besten durch eine Persönlichkeit, der ein gut ausgestattetes Laboratorium zur Verfügung steht. 4. Nach dem gegenwärtigen Stande unserer Kenntnisse ist die Behandlung irgend einer Form der Erkrankung nicht vollständig, wenn nicht auch Salvarsan angewendet wird. 5. Bei Tabes und möglicherweise auch bei Paralyse ist eine praktisch hoffnungslose Krankheit in eine solche verwandelt worden, bei der man eine Besserung mit Vertrauen erwarten kann. Hier ist die intraspinale Methode die der Wahl; diese Behandlung sollten nur Leute ausführen, die speziell in der Laboratoriumstechnik geübt sind. 6. Syphilis ist eine Krankheit geworden, die man genau überwachen und wirksam behandeln kann. Fritz Juliusberg (Posen).

Crowell, A. J. und *Munroe,* J. P. Salvarsan bei der Behandlung der Syphilis, mit besonderer Berücksichtigung des Gebrauches des salvarsanisierten Serums bei Syphilis des Zentralnervensystems. Medical Record. 1914. September 26. p. 543.

Bericht über einige nach der Swift-Ellisschen



Methode behandelte Fälle und Erwägungen, die nichts neues enthalten. Fritz Juliusberg (Posen).

Williams, Ch. M. Der gegenwärtige Stand der Therapie der Syphilis. Medical Record. 1914. September 12. p. 453.

Williams schließt mit folgenden Sätzen: Jeder Fall von Syphilis, besonders solche in den frühen Stadien, wo die Chancen für eine völlige Heilung die besten sind, soll sowohl mit Salvarsan wie mit Quecksilber behandelt werden, wenn nicht eine spezielle Kontraindikation gegen eines der Mittel besteht, und diese Behandlung soll in Kuren von 4—7 Wochen, mit etwa sechswöchentlichen Intervallen, fortgesetzt werden, bis alle Erscheinungen verschwunden sind und die Wassermann-Reaktion negativ ist.

Fritz Juliusberg (Posen).

Mac Donald, Norman. Ein Fall von syphilitischer Nephritis, behandelt mit Salvarsan. The Lancet. 1915. September 25. p. 702.

Der Patient Mac Donalds war in der ersten Zeit nach der Infektion lediglich mit Quecksilberpillen, später mit Jodkalium behandelt worden. Ein halbes Jahr nach der Ansteckung bekam er eine Nephritis, gegen die auch nur Schmierkuren zur Anwendung kamen, ohne wesentlichen Erfolg. Erst eine Salvarsanbehandlung beeinflußte die Nephritis in günstiger Weise.

Fritz Juliusberg (Posen).

Mc Donald, W. M. Salvarsan bei der Behandlung der Yaws. The Lancet. 1915. September 18. p. 649.

Zur Antwort auf einen an The Lancet (Juni 12.) gerichteten Brief Dupreys, der eine Verurteilung der Salvarsanbehandlung der Yaws enthält, bemerkt Mc Donald, daß die Einführung der Salvarsanbehandlung der Yaws eine der größten Wohltaten für die tropischen Länder darstellt. Fritz Juliusberg (Posen).

Foerster, Arthur. Galyl, ein Ersatz für Salvarsan und Neosalvarsan. The Lancet. 1915. September 18. p. 645.

Das von Mouneyrat hergestellte Galyl ist ein Derivat des Arsenobenzols und zwar Tetraoxy-diphospho-amino-diarsenobenzol. Es enthält 35·3% Arsenik und 7·2% Phosphor. Es ist in destilliertem Wasser unlöslich, löst sich aber schnell in einer schwachen Lösung von Natriumkarbonat. Es wird intravenös angewendet. Der Autor ist mit den therapeutischen Ergebnissen zufrieden und findet auch die unerwünschten Nebenerscheinungen gering.

Fritz Juliusberg (Posen).



Philip, Caesar. Arsenkeratose nach Salvarsaninjektion. Münch. med. Woch. 1915. Nr. 37.

Bei einer Patientin mit Keratose beider Hände und Füße wurde festgestellt, daß sie innerhalb 11 Tagen 2 mal je 0·45 Neosalvarsan erhalten hatte. 2 Monate später wurde die Keratose beobachtet. Verf. hält die Affektion für eine toxische Salvarsanwirkung.

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Dreyfus, Georg L. Salvarsannatrium und seine Anwendung in der Praxis. Münch. med. Wochensch. 1915. Nr. 6.

Bei 450 Injektionen in Einzeldosen zwischen 0·15 und 0·75 wurden keine Nebenerscheinungen beobachtet. Es wurde bei kombinierter Behandlung wöchentlich 2 mal 0·45, somit 3 × 0·45 gegeben. Die Gesamtdose einer Kur betrug 4 bis $7^1/_2$ *g*. Auch die ambulante Anwendung wurde anstandslos vertragen. Dreyfns bereitet das Wasser mittels eines Bergkristallapparates. Beschreibung desselben.

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Stühmer, A. Salvarsanserum. Münch. med. Woch. 1914. Nr. 49.

Verf. unterzog den Einfluß von Oxydation und Reduktion auf Salvarsanserum einer Prüfung. Als Oxydationsmittel benutzte er reinen Sauerstoff, aus einer Kapillare mehrere Minuten durch das Serum durchgeleitet. Als Reduktionsmittel wurde Natrium hydrosulfit angewandt. Durch Oxydation konnte die Wirksamkeit des frischen und des erhitzten Serums nicht erhöht werden. Durch Reduktion wurde das frische Serum nicht geschwächt, das erhitzte Serum aber in seiner Wirksamkeit dem des unerhitzten gleichgemacht. Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Lier, Wilhelm. Über Abortivkur, Spirochaetenreste und kombinierte Behandlung der Syphilis. Münch. med. Woch. 1914. Nr. 46.

I. Jeder Syphilitiker des Primärstadiums soll sofort einer energischen kombinierten Behandlung unterzogen werden. Die Sklerose soll so weit wie möglich entfernt werden.

II. Auch bei der sekundären Lues ist eine ausgiebige kombinierte Behandlung nötig, sogar über das Schwinden der serologischen Erscheinungen hinaus. 4 Wochen nach dieser beginnt eine zweite, schwächere Kur.

III. Bei tertiärer Lues hat Verf. durch die kombinierte Behandlung gute Resultate und oft negative Wa.-R. erzielt. Wenn aber die Wa.-R. trotz wiederholter Kuren positiv bleibt und die Infektion schon lange Zeit zurückliegt,



wenn ferner keinerlei Krankheitsanzeichen mehr bestehen, so soll die Behandlung nicht ad infinitum fortgesetzt werden.
Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Hercher, Friedrich. Kochsalzlösungen zur subkutanen und intravenösen Anwendung, hergestellt aus gewöhnlichem Brunnen- oder Leitungswasser und Kochsalz. Münch. medizin. Woch. 1914. Nr. 38.

Im Notfalle kann man auch zur Salvarsaninjektion ohne Scheu Brunnen- oder Leitungswasser benutzen, vorausgesetzt, daß es $^1/_2$ Stunde lang gekocht und filtriert wurde. Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Fabry, Joh. und *Selig,* Joh. Über die Behandlung der Syphilis mit Kupfersalvarsan. Münch. mediz. Woch. 1915. Nr. 5.

Das Kupfersalvarsan enthält 24% Arsen und 11·6 Kupfer. (Salvarsan 34%, Neosalvarsan 10% Arsen.) Es wurde bei 56 Fällen angewandt. Die Vorteile vor den übrigen Salvarsanpräparaten bestehen darin, daß es gelingt, mit erheblich geringeren Dosen von Arsen manifeste Symptome zum Schwinden zu bringen. Der Hauptnachteil wird darin gefunden, daß die Lösung des Kupfersalvarsans sehr kompliziert und nur im Krankenhaus auszuführen ist.
Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Müller, Hugo. Darf bei weichen Schankergeschwüren prophylaktisch Salvarsan angewandt werden? Erwiderung. Münch. med. Wochenschr. 1914. Nr. 36.

Müller begründet nochmals seinen Standpunkt, auch im Zweifelsfalle Salvarsan zu geben. Auch wenn ein Fall überflüssigerweise einmal mit Salvarsan behandelt würde, so wäre bei der Ungefährlichkeit des Mittels der Schaden viel kleiner, als wenn durch Zuwarten im Interesse der Diagnose der günstige Moment versäumt würde, eine Krankheit im Keime zu ersticken.
Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Neisser, A. Zur Salvarsantherapie bei Ulcus molle-Fällen. Münch. med. Woch. 1915. Nr. 13.

Neisser stellt sich in der Streitfrage zwischen Müller und Hoffmann auf den Standpunkt Müllers.

Lieber einmal Salvarsan zu viel geben, als eine Behandlung in einem Falle zu unterlassen, bei dem sich später herausstellt, daß durch rechtzeitiges Einsetzen der Salvarsandarreichung die Syphilis hätte koupiert werden können. Theodor Baer (Frankfurt a. M.).



Nonne, M. Das Problem der Therapie der syphilogenen Nervenkrankheiten im Lichte der neueren Forschungsergebnisse. Münch. med. Woch. 1915. Nr. 879.

Dieses Übersichtsreferat eignet sich nicht zu einer kurzen Besprechung. Die interessanten Ausführungen werden zum Nachlesen empfohlen.

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Alter. Injektionen und Infusionen. Deutsche med. Woch. Nr. 3. 1916.

Alter bevorzugt die intramuskuläre vor der subkutanen Injektion der schnelleren und kräftigeren Wirkung wegen, betont aber, daß die Vorbedingung dieses Verfahrens sorgfältige Sterilisierung des Apparates und der Einstichstelle, welche am besten mit Jodtinktur betupft wird, sei. Verf. hielt sich für intramuskuläre Zuführung Lösungen von Morphin, Coffein, Urotropin, Salizyl etc. in 50% Alkohol vorrätig. Auch Narkotika wie Veronal oder Luminalnatrium können in gleicher Weise gegeben werden. Eine genaue Anweisung zur Injektionstechnik dient zur Vermeidung von Fehlwirkung oder Beschwerden. Es folgt eine Beschreibung der intravenösen Infusionen von Traubenzucker bei Ernährungsstörungen oder Sperrung der Verdauungskanäle nach Operationen, von Brom bei Nervenerkrankungen, von einer Kombination beider Mittel bei infektiösen und asthenischen Erschöpfungspsychosen. Hierzu erwies sich eine von Windler hergestellte Rekordspritze mit automatischem Saug- und Druckventil und Schlauchansatz aus starkwandigem Patentgummi besonders praktisch. Ein dünner Ätherspray während der Einspritzung auf die Infusionsgegend linderte die Schmerzen. Geeignete Behandlungsstellen sind die Streckseiten der Oberarme und Oberschenkel, doch sollten Infusionen niemals an der Brust vorgenommen werden, wo sie neben Schmerzen auch Beeinträchtigung der Atmung und Herztätigkeit verursachen. Heiße Umschläge oder Heißluftbäder beschleunigen die Resorption. Der Infusion folge ein Verband mit Airolpaste.

Max Joseph (Berlin).

Fischer, Bernhard. Über Todesfälle nach Salvarsan. Deutsche med. Woch. Nr. 4. 1916.

Fischer hatte den von Lube als Salvarsanvergiftung berichteten Fall von diphtheritischer Enteritis einer Kritik unterzogen, welche diese Diagnose in Frage stellte. Erneuten Einwänden Lubes kann Fischer nicht beipflichten. Er betont, daß er zwar diesen Fall nicht im ganzen Verlauf, sondern nur an dem Sektionsprotokoll

habe studieren können und daß eine spätere Ergänzung des Befundes die primäre Perforation eines Magenulkus als unwahrscheinlich, wenn auch nicht als unmöglich ergab. Daß aber, wie Fischer behaupte, die vorhandene Enteritis sicher durch Salvarsan entstanden wäre, sei in keiner Hinsicht bewiesen. Bei sehr zahlreichen Salvarsaninjektionen wurde nie eine derartige Darmkrankheit beobachtet, welche hier erst nach einer Woche des Wohlbefindens auftrat. Dieselbe dem Salvarsan zuzuschreiben, erscheine daher willkürlich; häufig genug bleibe die Ätiologie der diphtheritischen und ulzerösen Enteritis unklar, so daß der Ausschluß anderer Ursachen durchaus kein Beweis für die Annahme der Salvarsanschädigung sei. Leberdegeneration aber könne durch Resorption jeden Giftes aus dem Darm entstehen. Die bei der Sektion gefundene verruköse Endokarditis sei jedenfalls das Merkmal einer Allgemeininfektion, aber durchaus kein Symptom der Arsenvergiftung.

Max Joseph (Berlin).

Hassin, G. B. Die intraspinale Arsenbehandlung der Syphilis. The Journal of the American Medical Association. 1915. Dezember 11. p. 2078.

Hassin benutzt die von Schubert (Münch. Med. Wochsch. 1914. Nr. 15. p. 823) angegebene Methode zur intraspinalen Neosalvarsanbehandlung der Syphilis. Er behandelte 29 Patienten auf diesem Wege; 20 Patienten litten an Tabes, 2 an progressiver Paralyse, 6 an zerebrospinaler Syphilis, einer an gastrischer Neurose. Eine Besserung der subjektiven Beschwerden wurde nicht erzielt. Er gibt in den Schlußsätzen an, gute Erfolge mit der innerlichen Darreichung von Arsentrioxyd zu haben.

Fritz Juliusberg (Posen).

Hammond, G. M. und *Sharpe*, N. Die Behandlung der Paralyse mit Injektionen von Neosalvarsan in den lateralen Ventrikel. The Journal of the American Medical Association. 1915. Dezember 18. p. 2147.

Hammond und Sharpe kommen in ihrer Arbeit, die auch die Technik der Behandlung genau schildert, zu folgenden Schlüssen: 1. Im Vergleich zu der Natur der Paralyse hat das Risiko der intraduralen Behandlung, welche Methode man auch wählt, wenig zu bedeuten. 2. Aus experimentellen und klinischen Gründen sind die subduralen und intraventrikularen Methoden bei der Behandlung der Paralyse der intraspinalen Behandlung überlegen. 3. Aus experimentellen und theoretischen Gründen ist die intraventrikulare Methode dem subduralen Wege überlegen, und sie scheint auch sicherer zu sein. 4. Die intraventri-





kulare Methode ist bei sorgfältiger Technik und bei der erforderlichen Rücksichtnahme auf die Anatomie des Gehirns und die zarte Natur der Gewebe, mit denen man es zu tun hat, praktisch gefahrlos. 5. Da man ungünstige Nebenerscheinungen bei der intraventrikularen Injektion fernhalten kann, ist es Pflicht, sie in den frühesten Stadien zu handhaben, mit der ausgesprochenen Aussicht, eine Besserung und vielleicht das permanente Fernbleiben von Symptomen zu erzielen. Fritz Juliusberg (Posen).

Eberly, K. C. Ein ungewöhnlicher Fall von Salvarsanvergiftung. The Journal of the American Medical Association. 1915. November 13. p. 1729.

Eberlys Patient bekam wegen einer beginnenden Tabes 0·6 Salvarsan, gemischt mit 10 *ccm* frisch destilliertem Wasser; irrtümlich war nur ein Teil gelöst. Die nicht neutralisierte Lösung wurde intravenös injiziert. Der Patient bekam sofort einen Krampf der Schlingmuskeln, schwachen Puls, Dyspnöe, so daß die Injektion nach Einspritzung von 5 *ccm* unterbrochen wurde. Behandlung mit Nitroglyzerin bis zur Besserung des Pulses. Es entwickelte sich eine Phlebitis an der Vene cephalica, wo injiziert war. Schlechte Diurese, die sich allmählich wieder hob. Heilung.

Fritz Juliusberg (Posen).

Ogilvie, H. S. Fortschritte im Gebrauche des salvarsanisierten intraspinal angewendeten Standardserums. Ein zweiter Bericht über fünfzehn Fälle. Medical Record. 1915. Juni 26. p. 1062.

Der vorliegende Artikel Ogilvies berichtet über weitere nach seiner Modifikation behandelte Fälle. Die Technik ist J. of the American Med. Ass. 1914. Bd. LXIII. p. 1936 beschrieben. Fritz Juliusberg (Posen).

Gordon, Alfred. Intrathekale intrakranielle Injektion von autoneosalvarsanisiertem Serum bei syphilitischem Kopfschmerz. The Journal of the American Medical Association. 1915. Oktober 30. p. 1545.

Gordon weist in der vorliegenden Arbeit darauf hin, daß bei syphilitischen Erscheinungen am Gehirn resp. seinen Häuten die direkte intrakranielle Behandlung der intraspinalen überlegen ist. Er führt einen beweisenden Fall an, bei dem die intraspinale Darreichung von autoneosalvarsanisiertem Serum bei schweren syphilitischen Kopfschmerzen ganz ohne Einfluß war, während die lokale Behandlung schnell die gewünschte Erleichterung herbeiführte.

Fritz Juliusberg (Posen).

Stillmann, E. G. Die unmittelbaren Resultate der Salvarsanbehandlung der Syphilis, beur-



teilt nach der Wassermannreaktion, bei Gebrauch eines verstärkten Cholesterinantigens. Medical Record. 1914. September 5. p. 405.

Stillmann stellt in seiner Arbeit fest, daß frische Syphilisfälle durch Salvarsaninjektionen Wassermann negativ werden, während bei alten Fällen auch zahlreiche Salvarsaninjektionen wenig oder keine Besserung vom serologischen Standpunkte aus zeigen.

Fritz Juliusberg (Posen).

Spence, Harold. Klinische Resultate von 1000 intravenösen Injektionen von Galyl. The Lancet. 1915. Dezember 11. p. 1293.

Spence berichtet in der vorliegenden Arbeit über seine Erfahrungen mit der intravenösen Anwendung des von Mouneyrat empfohlenen Galyls, des Tetraoxydiphosphaminodiarsenobenzols. Die klinischen Erfolge waren befriedigende und sind nach der Ansicht des Autors denen nach Salvarsan nicht unterlegen. Schwere Nebenerscheinungen wurden nicht beobachtet.

Fritz Juliusberg (Posen).

Wechselmann, Wilhelm. Über die Verwechslung von Quecksilber- und Salvarsanexanthemen. Münch. med. Woch. 1915. Nr. 48.

Verf. betont, daß nicht selten Quecksilberexantheme fälschlich dem Salvarsan zur Last gelegt werden. Er erörtert näher Philips Fall (siehe Referat) von Arsenkeratose nach Salvarsan und kommt zum Schluß, daß es sich hier um eine exfoliative Hg-Dermatitis handle. Universelle Quecksilberexantheme sind ziemlich häufig, sie entstehen in Form von feinen Punkten, die ein zuerst ziegelrotes, dann violett werdendes Erythem bilden; dasselbe wird dann scharlachähnlich. Dieses Bild hat Verf. bei Arsendermatitis nie gesehen. Hier handelt es sich um pustulöse, pemphigus- und zosterartige Formen. Verf. sah bei Salvarsandarreichung wohl kleinfleckige, masernartige, von leichtem Fieber und Konjunktivitis begleitete Exantheme, niemals aber Exantheme, welche zur Abschuppung, Blasenbildung und langdauerndem Fieber führten. W. meint sogar, daß bei kombinierter Behandlung das aufgespeicherte Quecksilber durch die Salvarsaninjektionen erst in Zirkulation gebracht werde. Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Münnich. Ein einfacher Apparat für sterile Kochsalzinfusion. Münch. med. Woch. 1915. Nr. 45.

Abbildung und Beschreibung im Original nachzulesen.

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).



Fabry und *Fischer*, A. Über ein neues Salvarsanpräparat: „Salvarsannatrium“. Münch. mediz. Woch. 1915. Nr. 18.

Sehr bequeme Handhabung bei Herstellung der Lösungen (gewöhnlich 0·45 auf 150·0 bzw. 50·0). Intensive Einwirkung auf sämtliche Erscheinungen. Geringe Nebenerscheinungen. Es ist dem Altsalvarsan gleichzustellen. Doch nur für den klinischen Betrieb geeignet, für ambulante Behandlung ist Neosalvarsan vorzuziehen.

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Kersten, H. E. Zur Neosalvarsannebenwirkung. Münch. med. Woch. 1915. Nr. 45.

Verf. spritzte Neosalvarsan intramuskulär, in Wasser gelöst, ein und zwar 1. bei verschiedenen Tropenkrankheiten zum Versuche, 2. bei Framboesie, 3. bei Lues. Am stärksten reagierten die Luetiker. Abgesehen von den Rasseneigentümlichkeiten der einzelnen Gruppen kommt nach Verf. Meinung besonders der Umstand in Betracht, daß die Zerfallsprodukte der Spirochaete pallida besonders giftige Eigenschaften haben.

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Gougerot. Le 606 et des indications. Journ. d. pratic. 1914. Nr. 5.

Weil Salvarsan nicht alle Erwartungen erfüllt, die man in Bezug auf Therapia sterilisans magna, Rezidive ausschließende Aktivität und auch Unschädlichkeit angenommen hatte, will G. es nur in Ausnahmefällen (Hg-Intoleranz, Syph. maligna oder S. gravis etc.) beschränkt wissen. Eventuell dürfe man es auch in ganz frischen Fällen, zu einer Zeit, wo das Zentralnervensystem noch frei von Spirochaeten sein müsse, und endlich bei sehr kontagiösen Erscheinungen, um Übertragungen zu verhüten, verabreichen, aber nur in Kombination mit Quecksilber, unserem Hauptmittel. Auch soll der Pat. in jedem Falle auf die Gefährlichkeit der As.-Präparate ausdrücklich hingewiesen werden. F. Münchheimer (Wiesbaden).

Gennerich. Beitrag zur Lokalbehandlung der meningealen Syphilis. Münch. medizin. Wochenschr. 1915. Nr. 49.

Gennerich empfiehlt die endolumbale Salvarsanbehandlung bei medullaren und zerebralen Erkrankungen. Je nach der Hochgradigkeit des auf eine Rückenmarkerkrankung hinweisenden Befundes schwankt die zulässige Einzeldosis zwischen $^1/_4$—1 *mg*. Bei histologischen Meningorezidiven soll die Dosis 1—1$^1/_2$ *mg* nicht überschreiten. Bei allen zerebralen Affektionen gibt Verf. 1—2 *mg* endo-



lumbal in $2^1/_2$—3 wöchentlichen Abständen. Das Hauptanwendungsgebiet der endolumbalen Behandlung sind die histologischen Meningorezidive und die Syphilis cerebrospinalis. Bei dieser gelang es trotz vieler intravenöser Kuren nicht, die Liquorveränderungen zu beseitigen, während nach endolumbaler Behandlung bis zu $2^1/_2$ Jahren normaler Liquor beobachtet wurde. Es wird dann die Technik der Anwendung beschrieben (siehe Original!). Verf. hält die Liquoruntersuchung für unerläßlich.

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Powiton, W. Ein Beitrag zur Neosalvarsantherapie. Münch. med. Woch. 1915. Nr. 50.

Bei einem Patienten, der sich mit Lues infizierte, wird eine Hg-Kur gemacht. Er wird als K. v. entlassen; im Felde Auftreten einer Polyneuritis. Hg succiminid-Injektionen. Verschlimmerung des Zustandes. Erhält 0·15, 0·3, 0·5 (2 mal) Neosalvarsan. Patient, der völlig hilflos, gelähmt an Armen, Händen und Beinen eingeliefert wurde, ist nach 8 Wochen fast geheilt.

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Seyffarth. Über die Verabreichung von konzentrierten Salvarsan-Natriumlösungen. Münch. med. Woch 1915. Nr. 49.

Seyffarth empfiehlt die Anwendung von konzentrierter Salvarsanlösung mit der Luerschen Spritze.

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Synnott, M. J. Die intraspinale Behandlung der Syphilis des Zentralnervensystems. Medical Record. 1915. März 20. p. 472.

Kurze Bemerkungen zu dem in der Überschrift angeführten Thema, nicht zum Referat geeignet.

Fritz Juliusberg (Posen).

Rolleston, H. D. Der Einfluß intravenöser Injektionen von Neosalvarsan auf den arteriellen Blutdruck. British Med. Journal. 1915. Januar 21. Ref. Medical Record. 1915. September 11. p. 453.

Rolleston bemerkt, daß der systolische und diastolische Blutdruck nach intravenösen Salvarsaninjektionen einen Tag nach der Injektion im allgemeinen etwas niedriger ist als vor der Injektion, wobei der Abfall des systolischen Drucks etwas ausgesprochener ist als der des diastolischen.

Fritz Juliusberg (Posen).

Levison, L. A. Die intraspinale Behandlung der Syphilis, mit besonderer Berücksichtigung der Befunde in der Spinalflüssigkeit. Med. Rec. 1915. Oktober 2. p. 559.

Levison kommt in seiner Arbeit zu folgenden Schlüssen: 1. Der Versuch, die Syphilis des Zentralnervensystems intraspinal zu behandeln, hat eine rationelle Basis bei der Unwirksamkeit der Behandlung mit den älteren Methoden und bei den Resultaten der intraspinalen Behandlung mittelst den neueren Methoden bei Meningitis, Poliomyelitis und Tetanus. 2. Der Zellgehalt der Spinalflüssigkeit ist ein variabler Faktor und kann in einem gegebenen Falle nicht als Kriterium der Behandlung oder Besserung benützt werden. 3. Es ist die allgemeine Meinung, daß die Therapeutika, innerlich genommen oder in den Blutstrom gebracht, die Spinalflüssigkeit nicht in genügender Konzentration erreichen, um das bakterielle Befallensein des Zentralnervensystems zu beeinflussen. 4. Die intraspinalen Injektionen von salvarsanisiertem Serum oder Neosalvarsan in geeigneter Dosis ist bei sorgfältiger Technik ungefährlich. 5. Intraspinale Injektionen erleichtern den Schmerz und einen großen Teil der Symptome der Syphilis des Zentralnervensystems. 6. Es ist möglich, bei manchen Fällen die Laboratoriumsprüfungen der Spinalflüssigkeit negativ zu machen, wenn die Behandlung genügend lange fortgesetzt wird. 7. Die Methode ist nicht auszuschalten, sondern fortzusetzen, bis ihre definitive Stellung in der Therapie bestimmt festgelegt ist.

Fritz Juliusberg (Posen).

Constas, John. Der Wert des Salvansans und Quecksilbers bei 18 Fällen von primärer Syphilis. Medical Record. 1915. November 27. p. 920.

Aus seiner kleinen Statistik zieht Constas die Schlüsse, daß öfters 2—5 Salvarsaninjektionen notwendig sind, um eine primäre Syphilis zu heilen. Es müssen mindestens 6 Wassermannuntersuchungen, zusammen mit einer Provokationsprobe, angestellt werden, ehe man mit absoluter Sicherheit einen Fall als geheilt erklären kann.

Fritz Juliusberg (Posen).

Ogilvie, H. S. Die Erfolge der intraspinalen Behandlung der progressiven Paralyse. Neurological society of New York. 1915. Okt. 5. Medical Record. 1916. Januar 22. p. 173.

Ogilvie berichtet über 35 Fälle von progressiver Paralyse, die mit einer Modifikation der Swift-Ellisschen Methode behandelt waren. Die durchschnittliche Zahl der Injektionen beim Einzelfall war 21, die geringere Zahl, um eine Remission herbeizuführen, war 6, die höchste 14; die größte Zahl, die ein Patient von Einzelbehandlungen erhielt, war 42. Die Patienten wurden intramuskulär mit

Quecksilber, und alternierend mit intravenösen Salvarsaneinspritzungen und intraspinalen Injektionen behandelt. Gruppe 1, die Fälle mit vollständigen klinischen Remissionen, umfaßte 12 Fälle. Neun von diesen nahmen ihre frühere Beschäftigung wieder auf; bei vier Fällen wurde der Wassermann des Blutes und der Spinalflüssigkeit negativ. Gruppe 2, 14 Fälle, wiesen nur unvollständige Besserung auf, sie konnten in ihrer Häuslichkeit bleiben und ihre täglichen Verrichtungen ohne Hilfe ausführen. Die Gruppe 3, Fälle, die nicht auf die Behandlung reagierten, belief sich auf 9. Fritz Juliusberg (Posen).

Gilpin, S. F. und *Earley,* T. B. Drainage der Zerebrospinalflüssigkeit als Faktor für die Behandlung der Syphilis des Nervensystems.

Gilpin und Earley meinen, daß, wenn durch öfteres Ablassen gewisser Mengen von Lumbalflüssigkeit der Druck im Rückenmarkskanal herabgesetzt würde, die Möglichkeit gegeben wäre, auf den üblichen Wegen in den Körper eingebrachte Heilmittel an das Zentralnervensystem gelangen zu lassen. Sie berichten über drei auf diese Weise behandelte Kranke, bei denen die Wirkung der antisyphilitischen Behandlung bei gleichzeitiger wiederholter Drainage der Zerebrospinalflüssigkeit sich deutlich zeigte.

Fritz Juliusberg (Posen).

Hunt, E. L. Die intraspinale Verabreichung von merkurialisiertem Serum bei der Behandlung der Syphilis des Nervensystems. The Journal oft the American Medical Association. 1916. Februar 5. p. 404.

Hunts Erfahrungen erstrecken sich auf 45 Fälle. Er kommt zu folgenden Schlüssen: 1. Die Reaktion nach Sublimat oder Sublamin unterscheidet sich in keiner Weise von der Reaktion, welche der Verabreichung des Salvarsans folgt. 2. Das Sublamin gibt, wie es scheint, nicht dieselbe Reduktion im Zellgehalt und klinische Besserung, wie das Sublimat. 3. Die Injektionen hatten keine üblen Folgen. Drei Todesfälle sind nicht zu rechnen, da die Patienten praktisch zur Zeit der Behandlung moribund waren und die Injektionen nur als ultimum refugium gegeben wurden. 4. Bei den Patienten mit Tabes und zerebrospinaler Syphilis war der Erfolg größer, als bei den übrigen. 5. Die Besserung drückte sich subjektiv in der Beeinflussung der Sphinkterkontrolle, der Schmerzen und des Ganges aus. Auch serologisch fand eine Besserung statt. Die Reflexe wurden nicht beeinflußt. 6. Solche intraspinale Injektionen. sollen in Intervallen von 2 Wochen gegeben werden. 7



Die Zahl der Zellen und der Globulingehalt des Lumbalpunktats besserte sich schneller als die Wassermannreaktion. Fritz Juliusberg (Posen).

Draper, G. Die Reaktionen und Resultate der Behandlung der zerebrospinalen Syphilis. The Journal of the American Medical Assoc. 1916. Februar 5 p. 400.

Draper berichtet über 38 Fälle, die zusammen 1126 intravenöse Injektionen und 355 intraspinale Injektionen von salvarsanisiertem Serum erhalten hatten. Er vergleicht die Reaktionen und Nebenerscheinungen der Behandlung mit den Erfolgen. Die schwerste Reaktion nach den intravenösen Injektionen weist den anaphylaktischen Typus auf. Die häufigste Reaktion nach den intraspinalen Einspritzungen ist der Schmerz, die schwerste eine aspeptische Meningitis, die wohl anaphylaktischen Ursprungs ist.

26 von 38 Patienten waren vor der Behandlung wirtschaftlich unbrauchbar. Von diesen kehrten 22 zu voller Arbeitsfähigkeit zurück. Die Schnelligkeit und der Grad der Besserung hängt direkt von der Intensität der Behandlung ab. Fritz Juliusberg (Posen).

Eastman, Ford. Die Behandlung der zerebrospinalen Syphilis; die Methode von Ogilvie. The Journal of the American Medical Assoc. 1915. Nov. 27. p. 1909.

Eastman hat zwölf Fälle von Tabes und Meningitis nach der Methode von Ogilvie intradural behandelt. Er ist mit den Erfolgen der Methode zufrieden.

Fritz Juliusberg (Posen).

Nelson, K. und *Anderson*, E. A. Der Gebrauch des Quecksilbersalizylats bei Syphilis. Ein Bericht über den Einfluß auf die Wassermannreaktion bei 50 Fällen. The Journal of the American Medical Association 1915. November 27. p 1905.

Die Arbeit Nelsons und Andersons demonstriert, daß eine Behandlung der Syphilis allein mit Injektionen von Hg salizylicum nur einen sehr geringen Einfluß auf das Verhalten der Wassermannreaktion zeigt.

Fritz Juliusberg (Posen).

Wechselmann. Über Salvarsannatrium. Münch. med. Woch. 1915. Nr. 6.

Es wurden 12.000 Injektionen mit dem Präparate vorgenommen. Die Dosierung schwankte zwischen 0·3—0·45. Anaphylaktische Zustände wurden so gut wie nie beobachtet. Entsprechend der vorzüglichen Verträglichkeit — auch ambulant — schränken sich die Kontraindikationen auf ein



Minimum ein. Verf. behandelt ausschließlich mit Salvarsan und gibt 4—6 *g.* Wassermann wurde in 93% der Fälle negativ. Theodor. Baer (Frankfurt a. M.).

French, E. G. und *Mills*, C. H. Ein schwerer Fall von unbehandelbarer Syphilis, erfolgreich mit Hektin behandelt. The Lancet. 1915. Juni 26. p. 1338.

Der Fall, über den French und Mills berichten, hatte eine Behandlung mit Quecksilberpillen kurz nach der Infektion durchgemacht, später wurde diese milde Behandlung wiederholt. Er kam zur Behandlung ins Krankenhaus mit einer gummösen Zerstörung am harten Gaumen. Intramuskuläre Injektionen von grauem Öl und intravenöse Neosalvarsaninjektionen führten nicht zum Ziel. Erst eine Kur mit Hektin besserte das sehr gesunkene Allgemeinbefinden und führte zu einer Abheilung der syphilitischen Erscheinungen. Fritz Juliusberg (Posen).

Byrnes, Ch. M. Die intradurale Verabreichung von merkurialisiertem Serum bei der Behandlung der zerebrospinalen Syphilis. The Journal of the American Medical Association. 1914. Dezember 19. p. 2182.

Eingehende Arbeit, nicht zum kurzen Referat geeignet, die sich mit der intraspinalen Darreichung von merkurialisiertem Serum bei zerebrospinaler Syphilis beschäftigt, die Technik genau schildert und die Vorteile dieser Behandlungsform gegenüber der mit salvarsanisiertem Serum betont. Fritz Juliusberg (Posen).

Lieb, C. C. und *Goodwin*, G. M. Die Ausscheidung des Quecksilbers durch die Magenschleimhaut. The Journal of the American Medical Association. 1915. Juni 19. p. 2041.

Lieb und Goodwin beschäftigen sich mit der Frage, ob bei Quecksilberdarreichung resp. -Vergiftung das im Magen gefundene Quecksilber aus dem Speichel stammt oder durch die Magendrüsen ausgeschieden wird. Die Tierversuche, bei denen das Quecksilber subkutan und intravenös verabreicht wurde und der Nachweis des Quecksilbers nach der Methode von Vogel (Vogel, K. M. und Lee, O. I. Detection of mercury in the excretions. The Journal A. M. A. 1914. Feb. 14. p. 532) geschah, ergaben, daß Quecksilber in der Tat von der Magenschleimhaut ausgeschieden wird und demgemäß die Magenausspülung einen wesentlichen Faktor bei der Behandlung der Quecksilbervergiftung darstellt. Fritz Juliusberg (Posen).

Perelstein, M. und *Abelin*, J. Über eine empfindliche klinische Methode zum Nachweis des

Quecksilbers im Urin. Münch. med. Woch. 1915. Nr. 35.

Verf. stellten aus verschiedenen Versuchen fest, daß 1 *dmg* Hg in ca. 500 *ccm* Elüssigkeit sowohl durch Mitreißen des Metalls durch Eisenhydroxyd als auch durch basisches Eisenazetat sich sicher nachweisen läßt. In einer Tabelle werden die Erfahrungen an Patientenharn veranschaulicht.

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Neisser, A. Syphilisbehandlung mit Mercinol (ol. ciner.) im Felde. Münch. med. Woch. 1915. Nr. 12.

Auf Grund von anerkennenden Zuschriften aus dem Felde und seiner eigenen Erfahrung bespricht Neisser alle Einzelheiten der Anwendungsweise des Mercinols, das er für das wirksamste Quecksilberpräparat hält. Die Einzeldosis schwankt zwischen 7·10 und 14 *cg*. Die Gesamtdosis pro Kur 50—70 *cg*. Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Dresch. Salvarsan, Merkur und Schwefelwässer in der Behandlung der Syphilis. Journ. d. pratic. 1914. Nr. 25.

Kombination von Salvarsan und Hg., die Dresch teils subkutan, teils intrarektal verabfolgt. mit Schwefelwässern in Ax (Ariège).

F. Münchheimer (Wiesbaden).

Gaucher. Le danger de l'huile grise. Journ. d. pratic. 1914. Nr. 23.

Gaucher verwirft — ebenso wie das Salvarsan — jede Depotbehandlung durch Hg., speziell aber das graue Oel. G. hat danach 12 schwere Intoxikationen beobachtet, von denen 10 durch Gangrän und Pyämie, die sich an Stomatitis anschlossen, zu Tode führten. Unschädlich sei Hg. nur in löslichen Salzen und bei interner Darreichung, und dabei nach seiner Erfahrung ebenso wirksam wie jede andere Behandlung der Syphilis.

F. Münchheimer (Wiesbaden).

Montgomery, Douglas. Jodkalium bei Syphilis. Medical Record. 1915. November 13. p. 820.

Montgomery weist in der auch sonst interessanten Arbeit darauf hin, daß das Verhalten der Sekretion der Thyreoidea ein beachtenswertes Phänomen bei der Syphilis ist; auf dieses Verhalten ist vielleicht die relative Immunität der Frauen gegen die schwereren nervösen Formen, wie die Tabes und Paralyse, zurückzuführen. Die zu beachtenden Faktoren sind: 1. Die Thyreoidea ist aktiver bei Frauen als bei Männern, wie aus der häufigeren Vergrößerung bei Frauen hervorgeht und aus der größeren Häufigkeit der Basedowschen Krankheit bei Frauen. 2. Ein

wichtiges Konstituens der Schilddrüsensekretion ist das Jodothyrin. 3. Alle Jodpräparate üben einen ausgesprochenen Einfluß auf die Syphilis aus. 4. Der Einfluß des Jodothyrins erfolgt, wenn auch die Quantität gering ist, kontinuierlich und lange Zeit hindurch und es muß daran erinnert werden, daß einige der größten Phänome in der Natur durch kleine Ursachen bedingt werden, wenn sie nur lange hindurch wirken. 5. Der Verlauf der Syphilis und speziell der Nervensyphilis ist bei Frauen und Männern ein anderer und dies kann vielleicht mit der größeren Aktivität der Schilddrüse bei Frauen zusammenhängen, indem sie das Virus so modifiziert, daß es das Nervensystem nicht befällt. Fritz Juliusberg (Posen).

Gerbay. De l'action des éthers gras jodés dans la syphilis. Gaz. d. hôp. 1914. Nr. 13.

Das seit Einführung des Salvarsans in die Therapie der Lues zu unrecht vernachlässigte Jod wird am besten vertragen und wirkt am intensivsten, wenn es in chemischer Bindung an Fettsäuren verabfolgt wird. Speziell das Lipojodin bringt auch diejenigen Syphilide, die gegen andere Jodpräparate refraktär bleiben, schnell zum Rückgang!

F. Münchheimer (Wiesbaden).

Gonorrhoe und deren Komplikationen.

Sullivan, E. A. und *Spaulding*, E. R. Die Häufigkeit und Bedeutung der Gonorrhoe in einer Besserungsanstalt für Frauen. The Journal of the American Medical Association. 1916. Januar 8. p. 95.

Aus der umfangreichen und für die Beurteilung der Verbreitung der Gonorrhoe wichtigen Arbeit von Sullivan und Spaulding seien folgende zusammenfassende Sätze hervorgehoben: 1. Was das Vorkommen der Gonorrhoe unter Frauen, die als Verbrecher aufzufassen sind, betrifft, so ergibt sich, daß wenigstens 75% gonorrhoisch infiziert sind. Das sind nur die Frauen, die, während sie unter Beobachtung stehen, Zeichen von Gonorrhoe aufweisen und oft nur einmal untersucht sind. Unter den Prostituierten ist die Zahl noch höher und überschreitet 88%. Was wichtige Komplikationen anbetrifft, so kamen bei 67% der positiven Fälle Zeichen von Beckenentzündung zur Beobachtung, während 40% chirurgische Fälle wurden. 2. Die Geburtenzahl wird um über die Hälfte durch die Krankheit vermindert und 35% der positiven Fälle stellen „Einzelkindersterilitäten" dar. 3. Gonorrhoische Ophthalmie und Endokarditis gehören unter die schweren Kompli-



kationen. Was die Periode der Infektiosität für die Allgemeinheit betrifft, so ergibt sich, daß die Majorität der Fälle anscheinend ununterbrochen oft über 25 Jahre verläuft, ohne daß eine Behandlung stattgefunden hat. Während dieser ganzen Zeit sind die Frauen eine fortwährende Infektionsquelle für die Allgemeinheit und verursachen indirekt dieselben Komplikationen, Sterilität und Erblindung unter den unschuldig Infizierten, wie sie selbst aufwiesen. Die Dauer der zum Verschwindenlassen der klinischen Symptome notwendigen Behandlung hängt davon ab, wie lange die Krankheit bestand, ohne daß eine Behandlung begonnen hat. Durchschnittlich waren die Fälle über 4 Jahre unbehandelt. Nachdem die Erkrankung 4—6 Monate ohne Behandlung bestanden hat, erfordern die meisten Fälle eine Behandlung von 10—12 Monaten. bis die Symptome schwinden und der bakteriologische Befund negativ wird. 4. Eine weitere Tabelle unterrichtet über die Häufigkeit der Gonorrhoe und Syphilis bei bestimmten Verbrecherklassen. Besonders verbreitet sind die Geschlechtskrankheiten unter den Prostituierten, den wegen Alkoholismus und Beleidigung Verhafteten. Fritz Juliusberg (Posen).

Newman, D. Die Behandlung der Zystitis mit intravesikalen Injektionen von Kulturen des Bacillus lacticus. The Lancet. 1915. August 14. p. 330

Newman hat beobachtet, daß die Anwesenheit des Bacillus lacticus im flüssigen Kulturmedium die Vermehrung eitererregender Organismen, wie der Staphylokokken, Streptokokken, des Bacillus coli communis, verhinderte und die Virulenz der Toxine verminderte. Auf diese Beobachtung hin verwendete der Autor diese Kulturen sowohl zu Behandlung infizierter Wunden wie zur intravesikalen Behandlung der Zystitis. Fritz Juliusberg (Posen).

v. Nothafft. Zur modernen medikamentösen Therapie der akuten Gonorrhoe. Münch. med. Woch. 1915. Nr. 31, 32, 33.

Übersichtsreferat. Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Asch und *Adler*. Die Degenerationsformen der Gonokokken. Münch. med. Woch. 1915. Nr 39.

Besonders bei älterer Urethritis zeigen sich nicht selten eine Menge anderer Bakterien, welche die Diagnose oft erschweren. Verf. stellt fest, daß die Gonokokken sich nur im akuten Stadium der Krankheit Gram-negativ verhalten, während sie allmählich in immer größerer Zahl jodfest werden, besonders dann, wenn die Gonokokken degenerieren und gequollene, oft kugelige Formen annehmen. Gerade diese Formen entfärben sich nicht mit Jod. Verf. glaubt, im



Zusammenhalt mit dem urethroskopischen Befund und der Tatsache, daß auf Vakzinebehandlung wieder typische Gonokokken auftraten, diese Gebilde für Gonokokken halten zu sollen. (Abbildungen.) Diese degenerierten Gonokokken befinden sich selten intrazellulär, häufig auf Epithelzellen. Die Kenntnis dieser Degenerationsformen von Gonokokken wird manchen sonst dunklen Fall von Übertragung der Gonorrhoe erklären. Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Renisch. Kollargol und Arthigon bei gonorrhoischen Komplikationen. Münch. medizin. Woch. 1914. Nr. 38.

Kollargol ist nur am Platze bei frischen Komplikationen; hier wird der Rückgang der akuten Entzündungserscheinungen besorgt. Es wird in 1% Lösung (5—10 *ccm* täglich) 8—14 Tage lang intravenös injiziert. Arthigon ist nach Ansicht des Verf. indiziert: bei allen älteren Epididymitisfällen (nach Verabreichung von Kollargol). Bei akut eitriger Prostatitis bewirkt Kollargol rasch Erweichung. Vakzine ist kontraindiziert bei allen akut eitrigen Entzündungen des kleinen Beckens. Bei Arthritis empfiehlt sich die Kombination von Kollargol und Arthigon.

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Puppel, Ernst. Argabol. Münch. med. Wochenschr. 1914. Nr. 51.

Ein gelblich-weißes, in Wasser unlösliches Pulver mit 20% Silbergehalt. Bei 1—3maliger Anwendung in der Woche soll die Behandlung 2 Monate lang dauern — nach Verf. Erfahrungen. Die Gonokokken seien nach 10, längstens nach 18 Tagen geschwunden. Die Einschüttung des Pulvers wird im Spekulum — 4—6 *g* — vorgenommen, darauf Wattetampon. Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Arnold, A. und *Hölzel,* H. Über den Wert intravenöser Arthigoninjektionen bei gonorrhoischen Prozessen. Münch. med. Woch. 1914. Nr. 38.

Verf. bestätigen den praktisch-diagnostischen Wert der Temperaturerhöhung nach Arthigon (Bruck und Sommer), wenn auch zugegeben werden muß, daß zweifelhafte Fälle ebenfalls reagieren können. Hier muß der ganze Ablauf der Reaktion mit all' seinen Nebenerscheinungen die Diagnose bestimmen. Verf. wenden ebenfalls 0·1 (Männer) und 0·05 (Frauen) an. Der „Doppelzacke“ messen die Autoren keinen entscheidenden Wert bei. Auch die Herdreaktion wurde nicht so häufig beobachtet als Bruck es angibt. Progressionen und Propagationen haben Verf. nie beobachtet. Zwei Fälle von Herzkomplikationen (ein Fall Endokarditis) werden erwähnt. Verf. kommen zum

Schluß, daß die Methode in diagnostischer Hinsicht das gehalten hat, was sich Bruck und Sommer von ihr versprochen. Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Becker, F. Zur Gonorrhoebehandlung mit dem Gonokokkenvakzin Menzer. Münch. med. Woch. 1914. Nr. 35.

Becker hat mit dem Gonokokkenvakzin Menzer bei 27 Fällen von akuter und 13 Fällen von chronischer Gonorrhoe gute Erfolge erzielt.

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Dufaux. Uber das neue antigonorrhoische Injektionsmittel Choleval in fester, haltbarer Form. Münch. med. Woch. 1916. Nr. 39.

Das Choleval in fester Form enthält 10% kolloidales Silber mit gallensaurem Natrium als Schutzkolloid und kommt in Tabletten von 1/4 und 1/2% in den Handel. Bei 29 Fällen hatte Verf. fast durchwegs ausgezeichnete Resultate. Man läßt 1/4% Lösungen anfangs spritzen und steigt bis zu 1 1/2%. Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Hinman, Frank. Harnantisepsis. Eine klinische und bakteriologische Studie. The Journal of the American Medical Association. 1915. November 20. p. 1769.

Aus Hinmans Feststellungen seien folgende hervorgehoben: Die Behandlung der Infektion der Harnwege soll individuell je nach dem klinischen Befunde ausgeübt werden. Die klinische Untersuchung bestimmt den Typus der Infektion, die ev. Quelle und die Bedingungen, die auf den Verlauf Einfluß haben.

Hexamethylentetramin hat als Harnantiseptikum bei den meisten Fällen eine große Wirksamkeit, aber seine Wirkung hat ihre Grenzen. Es wirkt nur durch die Umwandlung in Formaldehyd, die in einem sauren Urine schrittweise vor sich geht. Die Alkaleszenz des Urins bei Infektionen, welche eine Zersetzung des Harnstoffs bedingen, kann bei der Majorität der Fälle nicht durch Darreichung säureproduzierender Mittel geändert werden. Die Notwendigkeit der Konzentration und Zeit zur Ansammlung von Formaldehyd in antiseptisch wirksamer Menge verringern den Wert des Mittels für die Nierenantisepsis, ausgenommen einige Fälle von Hydronephrose, für die Antisepsis der Harnblase bei Fällen von Polyurie und häufigem Urinlassen.

Eine Studie der antiseptischen Eigenschaften einiger Anilinfarben deutet auf die zukünftige Wichtigkeit dieser Körper für die Harnantisepsis hin. Die selektive Wirkung des Trypanrots auf tuberkulöse Veränderungen eröffnet eine interessante Perspektive für ihre therapeutische Verwendung.



Einige Körper der Rosanilingruppe haben besondere Wirksamkeit gegenüber den Infektionen mit dem Bacillus coli. Methylenblau in Verdünnung von 1 zu 150.000 hindert das Wachstum der Staphylokokken.

Der Wert interner Urinantiseptika, wie Salol, Sandelöl, Salizylsäure etc. ist sehr begrenzt. Ihr Gebrauch zu antiseptischen Zwecken bei Urethritis ist nicht gerechtfertigt. Eine Erleichterung bei Harnröhrenreizung wird oft besser erzielt durch den Gebrauch von Natriumbikarbonat.

Fritz Juliusberg (Posen).

Macy, M. S. Extrakt der Glandula pituitaria bei gonorrhoischer Arthritis. Medical Record. 1915. Juni 19. p. 1024.

Macy gab, veranlaßt durch die Mitteilung von Wallace und Child (Extract of pituitary body of the Ox in the treatment of rheumatic arthritis. Medical Record. 1913. Okt. 4.), bei drei Fällen von gonorrhoischer Arthritis Hyphophysenextrakt. Günstiger Erfolg dieser Behandlung.

Fritz Juliusberg (Posen).

Zigler, M. Bericht über einen Fall von Phlebitis des Penis, der ein induratives Ödem vortäuschte, als Komplikation einer akuten Gonorrhöe. Medical Record. 1914. August 15. p. 285.

Der an einer akuten Gonorrhöe leidende Patient Ziglers bekam am 12. Tage seiner Erkrankung Schmerzen an der Korona des Penis. Es wurde einige Tage später eine entzündliche Schwellung am Penis konstatiert, die an ein Oedema indurativum erinnerte, doch wurde eine Phlebitis auf offenbar gonorrhoischer Grundlage festgestellt, die nach Anwendung von Eisumschlägen und Jodtinktur zurückging.

Fritz Juliusberg (Posen).

Weiß, Otto. Die Fiebertherapie der Gonorrhoe. Münch. med. Woch. 1915. Nr. 44.

Von dem Gesichtspunkt ausgehend, daß die Gonokokken bei höherer Temperatur absterben, ließ Verf. seine Patienten so heiß baden, daß die Körpertemperatur vorübergehend stieg, so daß z. B. bei einer Badetemperatur von 43° C. eine Körpertemperatur von 41·8° erreicht wurde. Verf. fand, daß in einem Fall, in dem die Abtötungstemperatur erreicht wurde, die Gonorrhoe sofort abheilte. Die Fälle, in denen diese Temperatur nicht erreicht wurde, verliefen so: 3 Fälle heilten trotzdem schnell, bei 5 Fällen war der Effekt der Behandlung gering, doch heilte auch in diesen Fällen nach Kaliumpermanganatspülung die Gonorrhoe rascher aus als sonst.

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).



Beyler, G. De l'emploi de l'iode colloïdal dans la blennorragie aigne et chronique. Gaz. d. hôp. 1914. Nr. 33.

Jod tötet nicht nur die Gonokokken, sondern auch die Staphylo- und Streptokokken der sekundären Infektion. Es ist aber reizlos und daher in der Gonorrhoe-Therapie verwendbar nur in kolloidalem Zustande. Mit einem solchen Jod-Präparate, dem analgetischen und atoxischen Jodargol, erzielte B. sehr gute Resultate. Bei Gon. ant. spült er zuerst die Anterior mit Kal. permang. 0·25% und läßt dann täglich 4 mal je 2 *ccm* leicht erwärmtes Jodargol injizieren und 10 Min. halten, bei Gon. post. läßt er der Kal. perm.-Spülung der Post. eine tiefe Inj. von 4 *ccm* Jodargol folgen und erreicht Heilung in 8–10 Tagen.

F. Münchheimer (Wiesbaden).

Klausner, E. Erfahrungen mit dem Antigonorrhoikum Choleval. Münch. med. Woch. 1915. Nr. 51.

Klausner hatte bei 200 Fällen von gonorrhoischer Urethritis mit dem Choleral ausgezeichnete Erfolge. Das Mittel ist reizlos, wirkt prompt gonokokkentötend und adstringierend. Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Ruß, C. Akute Gonorrhoe, behandelt mit Elektrolyse. British Medical Journal. 1915. Juni 12. Ref. Medical Record. 1915. Juli 3. p. 28.

Nach den Vorschriften von Ruß entleert der Patient vor der Behandlung etwa die Hälfte seines Harns. Ein glatter platinüberzogener Katheter, der zahlreiche Öffnungen enthält, wird bis zum Sphinkter eingeführt. Der Katheter wird mit einer 2%igen Lösung von Natriumjodid gefüllt und mit dem negativen Pol der Elektrizitätsquelle in Verbindung gebracht, der positive Pol in Form einer leinwandüberzogenen Platte kommt auf Perineum, Skrotum und Peniswurzel. Der Katheter wird von Zeit zu Zeit mit einer Spritze nachgefüllt. Man läßt in jeder Sitzung einen Strom von 1—2 Milliampère 25 Minuten gehen. Nach der ersten Sitzung sind die Löcher des Katheters mit gelben Eitermassen gefüllt, die zahlreiche Gonokokken enthalten. Der Patient entleert den Rest seines Urins, der gleichfalls diese Massen ausspült. Täglich einmalige Behandlung; nach Aufhören des Ausflusses wird die Behandlung alle zwei Tage ausgeführt. Die Behandlung ist schmerzlos und erfolgreich. Fritz Juliusberg (Posen).

Walther, H. W. E. Die Behandlung der akuten Epididymitis mit Aspirationspunktur. Medical Record. 1915. Oktober 2. p. 567.

Wie Walther hervorhebt, kompliziert die Epididy-



mitis die Gonorrhoe in 25% der Fälle. Als schmerzerleichternd und den Verlauf abkürzend wurden empfohlen: Die Epididymovasotomie von Martin, die epididymale Punktur mit feinem Bistouri von Smith, die Epididymotomie von Bazet, Hagner und Belfield, die aspiratorische Punktur von Bärmann und Ernst, die epididymale Injektion mit Elektrargol von Asch. Walther schlägt vor, mit langer Nadel in die Epididymis einzugehen und mit einer 10 *ccm* Rekordspritze den serös-eitrigen Inhalt zu aspirieren. Fritz Juliusberg (Posen).

Culver, H. B. Eine Studie über die Bakteriologie der chronischen Prostatitis und Spermatozystitis, mit besonderer Berücksichtigung ihrer Beziehungen zur Arthritis. The Journal of the American Medical Association. 1916. Februar 19. p. 553.

Culver kommt in seiner Arbeit zu folgenden Schlüssen: Anaerobe, sowie aerobe Mikroorganismen können die exzitierende Ursache der chronischen Prostatitis und Spermatozystitis darstellen. Ein Sechstel der Fälle wurde durch Anaeroben verursacht. Diese Tatsache erklärt viele sterile Kulturen, wenn man nur aerobe Medien gebraucht.

Die isolierten Organismen schienen in 66% der Fälle spezifisch für das infizierte Individuum zu sein. Dies ergibt sich aus den positiven Reaktionen, die auf die Einspritzung autogener Organismen folgten, während mit ähnlichen Injektionen anderer Organismen derselben oder differenter Gruppen negative Reaktionen erzielt wurden.

Viele Fälle von Prostatitis und Vesikulitis seminalis erscheinen bei nur einer Untersuchung nicht infektiös, während wiederholte Untersuchungen den infizierenden Organismus erkennen lassen.

Chronische Infektionen der Vorsteherdrüse und der Samenblasen scheinen teilweise oder gänzlich die Ursache darzustellen für viele Fälle von subakuter oder chronischer Arthritis. Die spezifischen Herdreaktionen sprechen deutlich in dieser Hinsicht.

Drainage des Infektionsherdes in der Prostata und in den Samenblasen, durch Expression oder auf andere Weise, zugleich mit der Hebung des Antikörpergehalts des Blutes durch Einspritzungen abgetöteter Organismen, stellen anscheinend die beste Behandlungsmethode für derartige Zustände dar. Fritz Juliusberg (Posen).

Eisendrath, D. N. und *Kahn,* J. V. Die Rolle der Lymphwege bei der aszendierenden Niereninfektion. The Journal of the American Medical Assoc. 1916. Februar 19. p. 561.



Eisendrath und Kahn berichten über Experimente an Hunden und Kaninchen, die erweisen, daß die Infektion von der Blase zu den Nieren und zum perinephritischem Gewebe auf dem Wege der Lymphgefäße in der Wand des Ureters und nicht entlang seiner Schleimhaut vorwärts geht. Die Beobachtungen zeigen, daß die Lymphkapillaren der periureteralen Scheide eine sehr wichtige Rolle bei der aszendierenden Infektion spielen. Der konstante Befund von Infektionserscheinungen in der unmittelbaren Nachbarschaft des reichen Netzwerkes der periureteralen Blutgefäße machen es plausibel, daß die Infektion auf die Nieren vom weiblichen Genitale und anderen Baucheingeweiden, die in enger Beziehung zum Ureter stehen, übergehen kann.

Fritz Juliusberg (Posen).

Saalfeld, Edmund. Über Thigan. Münch. med. Woch. 1915. Nr. 8.

Saalfeld lobt das Thigan, eine Lösung von Thigenolsilber zur Behandlung der Gonorrhoe. Es hat bakterizide und adstringierende Eigenschaften.

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Ulcus molle.

Kall, Kurt. Die Behandlung der venerischen Bubonen mit Röntgenstrahlen. Münch. med. Woch. 1915. Nr. 42.

Besonders, bevor stärkere entzündliche Erscheinungen eingesetzt haben, wirkt die Röntgenbestrahlung prophylaktisch, sie wirkt auch schmerzstillend. Auch bei Bubonen mit beginnender Fluktuation ist Röntgen anzuraten.

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Fuchs, Ferdinand. Beitrag zur Behandlung des Ulcus venereum. Berl. klin. Woch. 1915. Nr. 47.

Empfehlung des Flachbrenners mit nachfolgender Naht zur Exstirpation eines geeignet sitzenden Geschwürs.

Max Leibkind (Dresden).

Treupel, Walther. Die Behandlung des Ulcus molle gangraenosum und anderer Ansteckungskrankheiten mit Eigenstoff, Eigenserum oder Eigenblut. Med. Klinik. 1915. p. 913.

Bei einem Kranken mit einem großen gangränösen Geschwür und hohem Fieber (39·6) wurden 10 *ccm* aktives Eigenserum eingespritzt, worauf die Temperatur nächsten Tag 38·8° betrug. Am dritten Tag wurden 14 *ccm* aktiven Eigenserums verabreicht; am nächsten Tag war die Temperatur normal. Am 4. Tag wurden 24 *ccm* eingespritzt.

Am 5. Tag hatte sich der Schorf ohne anderweitige Behandlung abgestoßen. In einem zweiten Fall wurden zweimal je 40 *ccm* Eigenserum und zweimal je 100 *ccm* Eigenblut eingespritzt; schon nach wenigen Tagen hatte sich ohne lokale Behandlung alles Krankhafte abgestoßen. Da Fälle von infektiösem Erythem und fieberhaftem Ekzem auf Behandlung mit Eigenserum gut abheilten, wird diese Behandlung empfohlen. Hugo Hecht (Prag).

Portner, E. Erkrankungen des Penis. Med. Kl. 1915. p. 809.

Kurz und treffend wird Diagnose und Behandlung der Balanitis, spitzen Kondylome, Ulcus molle, Phimose und Paraphimose geschildert. Hugo Hecht (Prag).

Nicht venerische Erkrankungen der Harn- und Geschlechtsorgane.

Hühner, Max. Impotenz beim Manne. Medical Record. 1915. Oktober 23. p. 684.

Die ausführliche Arbeit Hühners stellt eine zusammenfassende Übersicht alles dessen vor, was wir über die Ätiologie und Behandlung der Impotenz beim Manne wissen. Sie ist zum kurzen Referat nicht geeignet.

Fritz Juliusberg (Posen).

Dunn, Nickolls. Blasensteine bei sehr jungen Kindern. The Lancet. 1915. April 10. p. 753.

Bericht über Blasensteine bei einem 2½jährigen und bei einem 3jährigen Knaben. Genaue Darstellung der Operation. Fritz Juliusberg (Posen).

Belfield, W. T. Durch die Samenblasen bedingte Albuminurie. The Journal of the American Medical Association. 1915. Juni 19. p. 2040.

Belfield weist darauf hin, daß natürliche Bestandteile der Samenblasen beim Gesunden und Kranken in die prostatische Urethra und damit in den Urin gelangen können. Somit kann es bei Erkrankung der Samenblasen zu einer dadurch bedingten Albuminurie kommen.

Fritz Juliusberg (Posen).

Rensch, W. Heilung eines Vulvakarzinoms mit dem Zellerschen Verfahren. Münch. med. Woch. 1915. Nr. 47.

Verf. benutzte bei einem Kankroid der Vulva, welches das ganze Labium maius und minus und die Klitoris einnahm, eine Paste, welche Acid. arsenicos 2·0, Hydrargyr. sulfurat rubr. 6·0, Carb. anim. 2·0 enthielt. Innerlich: Natr.



silic., Kal. silic. āā 20·0, Sachar. lact. 60·0. Nach 14 Tagen fiel das Karzinom nekrotisiert heraus. Es bestanden aber noch geschwollene Leistendrüsen. Nach 3/4jähriger Beobachtung war das primäre Karzinom noch glatt vernarbt, die Drüsen hatten sich nicht verändert. (Ob man hier von einer „Heilung" sprechen kann? Ref.)

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Wildbolz, H. Über die metastatische Prostatitis. Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte. 1916. Nr. 6. pag. 169.

Mit dieser Arbeit will Wildbolz die Aufmerksamkeit der Praktiker auf ein Krankheitsbild lenken, das häufig verkannt werde. Verf. sah die letzten 10 Jahre 14 Kranke, bei denen sich bei sonst gesunden Harnwegen im Anschluß an eine sog. Influenza eine Prostatitis entwickelte, die er als Metastase deuten mußte. Daneben sah er noch 22 Fälle von Prostatitis, bei denen als Ausgangspunkt eine Angina, eine Darmerkrankung usw. nachweisbar oder bei denen der Ursprung nicht zu eruieren war.

Die Affektion soll gehäuft zur Zeit der Influenzaepidemien auftreten. Im Gegensatz zu den Infektionen von den Harnwegen aus ist der Urin bei diesen Metastasen anfänglich ganz normal. Zu einem eigentlichen Abszeß kam es nur in 5 Fällen. Bei den übrigen Fällen war das Prostatasekret wohl eitrig- und bakterienhaltig, aber die Entzündung schien auf die drüsigen Teile beschränkt zu sein. Influenzabazillen konnten im Sekret nicht nachgewiesen werden. Subjektiv macht sich die Krankheit in Form von Druck und Schmerz im Rektum und am Damm bemerkbar, daneben häufiger und schmerzhafter Urindrang mit behindertem Abfluß. Manchmal plötzliche Urinverhaltung. Öfters zeigt sich auch terminale Hämaturie. Meist besteht Fieber, nicht selten eingeleitet durch Schüttelfrost. Beides kann auch vollständig fehlen. Lokal zeigt sich eine schmerzhafte, vergrößerte Prostata, hin und wieder Fluktuation.

Differentialdiagnostisch kommt nach Wildbolz hauptsächlich die Prostatakongestion in Betracht, wie sie sich nach Abusus in venere, besonders bei Coitus interruptus entwickelt.

Die Therapie ist die übliche. Bei Entwicklung von wirklichen Abszessen rät Verf. zur Inzision vom Damme her, da dadurch die besten Abflußverhältnisse geschaffen werden.

Max Winkler (Luzern).

Stutzin und *Gundelfinger.* Kriegsverletzungen des Urogenitalsystems. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 7. 1916.



Die im Felde gesammelten Erfahrungen von Stutzin und Gundelfinger ergaben die Notwendigkeit der Zystoskopie, welche sich auch im Kriegsgebiet gut ermöglichen läßt. Fisteln, welche durch Schuß in den Harnleiter entstanden, heilten manchmal spontan. Wo dies nicht geschieht, ist die Nephrektomie geboten. Zeigt sich nach Blasenschüssen geringe oder langsame Heilungstendenz, so helfe man mit Blasenschnitt und Drainage nach, ebenso wird der Blasenschnitt bei den meisten Harnröhrenverletzungen zweckmäßig sein. Sind plastische Operationen am Genitale erwünscht, so verwendet man hierzu am besten die Skrotalhaut. Die Nachbehandlung der am Urogenitale Verletzten muß eine besonders sorgfältige sein.

Max Joseph (Berlin).

Walton, H. J. Ein Fall von Amoebenerkrankung der Harnblase. British Medical Journal. 1915. Mai 15. Ref. Medical Record. 1915. Juni 5. p. 955.

Waltons Patient, ein 18jähriger Brahmine, leidet seit sechs Monaten an Hämaturie und seit drei Wochen an Anasarka der Beine, des Penis und des Skrotums. Der Urin enthielt zahlreiche lebhaft bewegliche Entamöben.

Fritz Juliusberg (Posen).

Drueck, Ch. J. Hämaturie. Medical Record. 1915. Mai 22. p. 857.

Drueck gibt eine Übersicht über die verschiedenen Formen der Hämaturie, wobei er die Einteilung auf die Quelle der Blutung stützt. Die Niere ist die Ursache der Blutung bei der akuten parenchymatösen Nephritis, bei der amyloiden Degeneration, bei anderen allgemeinen Erkrankungen der Niere, nach bestimmten Mitteln, wie Terpentin, Karbolsäure, Kanthariden etc. nach Traumen. Bei Blutungen aus der Blase kommen in Betracht Steine, Polypen der Blase, andere Tumoren, Tuberkulose.

Fritz Juliusberg (Posen).

Cecil, A. B. Der Mechanismus des Urinierens. The Journal of the American Medical Association. 1915. Okt. 23. p. 1436.

Die sorgfältigen Ausführungen Cecils gipfeln in folgenden Schlußsätzen: 1. Das Blasenzentrum liegt im Conus terminalis des Rückenmarks. 2. Die sog. sympathischen Zentren sind nicht im Stande in irgend einer dem normalen Verhalten ähnlichen Weise auf den Mechanismus des Urinierens einzuwirken. 3. Der Drang zum Urinieren entsteht durch einen Reiz von den sensiblen Nerven der Blase aus und nicht durch einen Reiz von den sensiblen Nerven der Urethra posterior. 4. Der innere Sphinkter hält normaler

Weise die Blase geschlossen. 5. Obgleich der Sphinkter internus ein glatter Muskel ist, steht er doch unter der Kontrolle des Willens. 6. Der Sphinkter externus ist fähig die Blase geschlossen zu halten und braucht zur Vollführung dieser Aufgabe nicht erzogen zu werden. 7. Sowohl der Sphinkter externus wie der internus kann, wenn notwendig, zerstört werden, ohne daß die Fähigkeit der Retentio urinae gestört wird, vorausgesetzt, daß der übrig bleibende Muskel in normalem Zustande ist. 8. Die mediane perineale Prostatektomie, wenn bei dieser Operation der Sphinkter externus getrennt wird und der Sphinkter internus durch die prostatische Geschwulst unbrauchbar ist, führt zu einer Inkontinentia urinae. Die Inkontinentia urinae folgt nicht auf die Youngsche perineale Prostatektomie, da bei dieser Operation der Sphinkter externus geschont wird. Fritz Juliusberg (Posen).

Böhme, Fritz. Enuresis und ähnliche Blasenstörungen im Felde. Münch. med. Woch. 1915. Nr. 21.

Eine ganze Reihe von Fällen wurde beobachtet, bei denen im Felde plötzlich Enuresis auftrat. Bei ihnen bestand meistens in der Jugend schon Enuresis nocturna. Es besteht ein unmittelbarer Zusammenhang mit intensiver Kälteeinwirkung, so daß man annehmen muß, daß ein intensiver Kältereiz eine früher vorhanden gewesene Enuresis wieder auszulösen vermag. Klinisch findet man meistens nichts, Endoskopie, Zystoskopie negativ, mikroskopische Prostatauntersuchung ebenfalls. Therapeutisch hat sich außer den bekannten Maßnahmen Oberländersche Dilatation als wirksam erwiesen.

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Gies. Über einen Fall von Harnröhrensteinen. Münch. med. Woch. 1915. Nr. 24.

Einem 53jährigen Patienten wurden aus der Harnröhre 13 Steine entfernt. Es bestand zugleich eine angeborene Enge des Orificium externum.

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Kyrle und *Schopper.* Über Regenerationsvorgänge im tierischen Nebenhoden. (Eine experimentelle Studie.) Virchow Archiv. Bd. CCXX. H. 1.

Auf Grund umfassender experimenteller Untersuchungen an Hunden kommen die Verf. zum Schlusse, daß dem Epithel des Canalis epididymidis eine große Proliferations- bzw. Regenerationsfähigkeit innewohnt. Im Anschluß an Verletzungen kann im Wundbereich eine solche Wucherung der Epithelzellen auftreten, daß daraus schließlich Bildungen resultieren, die als neue Kanälchen angesprochen werden

müssen. Das Epithel des Vas deferens verhält sich nach der Richtung gleich, wie das des Canalis epididymidis.

Autoreferat.

Oppenheimer, Rudolf. Urologische Erkrankungen im Kriege. Med. Klinik, 1915. p. 905.

Neben den Verletzungen des Harnapparates kommen auch in größerer Anzahl andere Erkrankungen zur Beobachtung, als deren Ursache körperliche Überanstrengung und Erkältung in Betracht kommen. Dazu gehören Eiweißausscheidung und Nierenblutung nach Überanstrengung, Nephritis infolge Erkältung, Cystitis, die sogenannte „Reizblase des Neurasthenikers". Die traumatischen Verletzungen betreffen Glied, Harnröhre, Blase, Ureter, Niere in verschiedener Häufigkeit. Die Behandlung der letzterwähnten Krankheiten ist meist eine chirurgische.

Hugo Hecht (Prag).

Portner, E. Erkrankungen der Harnröhre. Med. Klinik. 1915. Nr. 28.

Nichts Neues. Hugo Hecht (Prag).

Fuller, Eu. Die Chirurgie der Samenblasen Medical Record. 1915. Januar 23. p. 134.

Technische Bemerkungen, nicht zum kurzen Referat geeignet. Fritz Juliusberg (Posen).

Karo. Weitere Erfahrungen über Organotherapie bei Erkrankungen der Sexualorgane, speziell bei Prostatismus. Therapie der Gegenwart. 1916. p. 143.

Karo verteidigt gegenüber Lichtenstern nochmals seine Testikulininjektionen, welche ihm gute Resultate gegeben haben. Walther Pick (Wien).

Hautkrankheiten.

Allgemeines, Anatomie, Physiologie, allgem. und exper. Pathologie, path. Anatomie.

Fox, Howard. Die Dermatologie der Alten. The Journal of the American Medical Association. 1915. August 7. p. 469.

Fox leitet seine Arbeit über die Dermatologie im Altertum mit dem, was sich aus den ägyptischen Urkun-

den auf diesen Gebieten findet, ein, wobei er speziell einiges aus dem Papyrus Ebers erwähnt. Er geht dann auf die Dermatologie der Hebräer ein, wobei er das Bezügliche aus der Bibel referiert. Weiter werden besprochen die alten Inder, die Griechen und Römer. Es ist naheliegend, daß speziell die Geschichte der Lepra eine eingehende Berücksichtigung gefunden hat.

Fritz Juliusberg (Posen).

Retterer. Du tissu odipeux de l'homme. Comptes rend. hebd. d. l. soc. de biol. 1915. Bd. LXXVIII. Nr. 1. p. 5.

Aus Untersuchungen des Fettgewebes an den Fußsohlen von Erwachsenen und Kindern schließt Retterer: Dem Fettgewebe geht ein netzförmiges Bindegewebe voraus, Bindegewebszellen, deren körniges Protoplasma anastomosiert und deren Maschen von Hyaloplasma erfüllt sind. Dieses Gewebe erlangt ein sehr enges Kapillarnetz; seine chromophilen Fäden vervielfachen sich und das Hyaloplasma wandelt sich in fetthaltige Körner, dann in Fetttröpfchen um. Diese häufen sich zwischen den Scheidewunden an, die zum Teil elastisch geworden von hier geht die Entstehung der Fettbläschen aus, die keine Zellen sind, sondern internukleären, fettbeladenen Gebieten (territoires) entsprechen. F. Münchheimer (Wiesbaden).

Strickler, A. und *Goldberg,* J. M. Anaphylaktische Nährstoffreaktionen in der Dermatologie. The Journal of the American Medical Association. 1916. Jan. 22. p. 249.

Strickler und Goldberg haben sich aus verschiedenen Nährstoffen (Rindfleisch, Schweinefleisch, Hammelfleisch, Fisch, Tomaten, Weißei, Erdbeeren etc.) Extrakte hergestellt, um bei einer Anzahl Hautkranker anaphylaktische Reaktionen zu erzielen und auf Grund der Befunde den Kranken eine geeignete Diät zu verschreiben. Die Autoren halten die Reaktionen für spezifisch und nehmen an, auf diese Weise dort, wo das Hautleiden mit der Ernährung zusammenhängt, einen Leitfaden für die geeignete Diät erhalten zu haben. Fritz Juliusberg (Posen).

Paulian. Parasitisme et éosinophilie. Comptes rendus hebd. de la soc. de biol. 1915. Bd. LXXVIII. Nr. 7. p. 155.

Eosinophilie wird sehr oft, fast konstant, bei Helminthiasis gefunden. Sie dürfte von einer chemotaktischen Wirkung der Toxine auf die eosinophilen Zellen herrühren, von einem anaphylaktischen Mechanismus. Die Toxine sensibilisieren den Organismus und die Anaphylaxie läßt eosinophile Zellen auftreten, die ihn gegen die Toxine zu



verteidigen bestimmt sind — ganz ebenso wie die polynukleären gegen die Mikroben.

F. Münchheimer (Wiesbaden).

Friedmann. Ein flammenloser, versendbarer Brutschrank. Zentralbl. f. Bakter. Bd. LXXVII. p. 364.

Auf dem Prinzip der Kochkiste beruhend.

Walther Pick (Wien).

Bildungsanomalien.

Van Beuren, E. T. Die anatomische Verteilung der Neubildungen der Haut. The Journal of the American Medical Association. 1916. Januar 8. p. 111.

Van Beuren berichtet in der vorliegenden Arbeit kurz über die Verteilung der Tumoren bei 352 Fällen. 122 betrafen Epitheliome. Von diesen saßen 24 auf der Stirn, 21 auf der Wange, 13 auf der Nase, 11 auf der Lippe, 9 an der Hand, 9 am Nacken, 7 auf dem Kopfe, 7 an anderen Teilen des Gesichtes oder Halses, die übrigen verstreut über die übrigen Körpergegenden. Etwa 75% der Epitheliome waren oberhalb der Schlüsselbeine lokalisiert und 84% saßen an unbedeckten Körperstellen. Überhaupt fand sich die größere Majorität der Tumoren vom epiblastischen Typus, ohne Rücksicht auf ihre Malignität, an unbekleideten Flächen, während die vom zweifelhaften oder sicher mesoblastischem Typus vorwiegend an den bedeckten Teilen saßen. Fritz Juliusberg (Posen).

Mc Auliff, G. R. Hypertrichosis, Variationen in den weiblichen sekundären Geschlechtscharakteren und innere Sekretionen. The Journal of the American Medical Association. 1916. Januar 1 p. 15.

Den Anlaß zu den interessanten Erwägungen Mc Auliffs gab folgender Fall: Die 63jährige Patientin kam ins Krankenhaus wegen Schmerzen im rechten unteren Quadranten des Abdomens. Seit dem 10. Lebensjahr hatte sie an intermittierenden Schmerzattacken in dieser Gegend gelitten. Nach dem 20. Lebensjahre wurde bei ihr ein Ovarialtumor festgestellt. Seit etwa derselben Zeit bemerkte sie an der Oberlippe verstärkten Haarwuchs. 4 Jahre später entwickelte sich ein Bart, so daß sie sich allwöchentlich rasieren mußte. Gynäkologisch wurde jetzt eine Ovarialzyste festgestellt, die operativ entfernt wurde. Im Anschluß an die Mitteilung des Falles erörtert der Autor eingehend die Literatur über die Beziehungen der Drüsen mit innerer Sekretion und Hyertrichosis, um mit folgenden Sätzen zu schließen: Wenn wir die Zwischenwirkungen zwischen



den Drüsen mit innerer Sekretion betrachten, so ist es gerechtfertigt anzunehmen, daß die Nebenniere die für die sexuellen Charaktere wichtigste Drüse ist, es folgen ihr in der Ordnung ihrer Bedeutung die Glandula pinealis, die Hypophyse, das Ovarium, die Thymus und die Thyreoidea. Eine dieser Drüsen ist, wenn sie unvollständig funktionell arbeitet, nicht im Stande, eine Hypertrichose hervorzurufen, vielmehr müssen wir annehmen, daß, um dieses Vorkommnis hervorzurufen, eine tiefe und komplizierte Störung des antagonistischen und synergistischen pluriglandulären Gleichgewichts vorhanden sein muß.

Fritz Juliusberg (Posen).

Wise, Fred. Idiopathisches hämorrhagisches multiples Sarkom der Haut (Kaposi). Mit besonderer Berücksichtigung der Frühdiagnose. Medical Record. 1915. September 25. p. 513.

Der 51jährige Patient Wises erkrankte vor 6 Monaten unter Auftreten blauer Flecken an der Innenseite der linken Lende. Einen Monat später rote Flecken im Gesicht und auf dem Rücken des linken Fußes. Später kam es zur Eruption weiterer Herde. Histologisch entsprach die Affektion dem in der Überschrift angegebenen Krankheitsbilde. Differentialdiagnostisch kommen bei solchen frühen Fällen noch Boecks multiples benignes Sarkoid und das Dermatomyom in Betracht. Zu Gunsten der vom Autor gestellten Diagnose sprechen: 1. Die typische Verteilung der Veränderungen an den Extremitäten und im Gesicht. 2. Das Fehlen von Schmerz. 3. Das langsame Wachstum. 4. Die rotblaue und purpurne Farbe. 5. Die feste Konsistenz der Knötchen. 6. Das Erbleichen der Veränderungen unter Glasdruck, entsprechend ihrer angiomähnlichen Struktur.

Fritz Juliusberg (Posen).

Macewen, J. A. C. Kongenitales Lymphangiom über dem Sternum gelegen. The Lancet. 1915. Januar 23. p. 182.

Macewens Patient, ein achtjähriges Mädchen, hatte bei der Geburt einen bohnengroßen weichen Tumor über dem Sternum. Dieser hatte in den letzten Wochen an Größe zugenommen, war hart geworden und hatte sich bläulich verfärbt. Exzision der jetzt birnengroßen Geschwulst. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein Lymphangiom der Haut.

Fritz Juliusberg (Posen).

Heim. Mißbildungen bei den farbigen Bewohnern der deutschen Schutzgebiete. Virchows Archiv. Bd. CCXX. Heft 2.

Statistische Studien, die zu dem Schlusse führen, daß



kein Grund zur Annahme vorliegt, daß hinsichtlich der Mißbildungen die Farbigen der deutschen Schutzgebiete im allgemeinen anders gestellt seien als die Europäer.

Kyrle (Wien).

Basten. Über das Verhalten des Cholesterins, dem subkutanen Bindegewebe des Kaninchens einverleibt, und seinen Einfluß auf das Unterhautzellgewebe. Virchows Archiv. Bd. CCXX. H. 2.

Cholesterinkristalle, unter die Haut des Kaninchens eingebracht, verursachen dortselbst hochgradige Nekrose und Entzündung. Das Cholesterin scheint in Cholesterinester übergeführt zu werden; eigentümlich große Zellen, welche im Entzündungsgewebe auftreten, nehmen die Cholesterinester auf. Bei der Auflösung der Kristalle scheint den Leukozyten eine gewisse Rolle zuzukommen. Mit dem Abklingen der Entzündungserscheinungen tritt am Orte der Läsion ein stark wucherndes Granulationsgewebe auf.

Kyrle (Wien).

Milligan, William. Rhinophyma; seine Ätiologie, Pathologie und Behandlung. The Lancet. 1915. September 18. p. 643.

Mitteilung eines Falles von Rhinophyma.

Fritz Juliusberg (Posen).

Linser. Über das Xanthom. Med. Klinik. 1915. p. 832.

Eine kurze Zusammenstellung des klinischen und histologischen Bildes mit Hinweis auf die Behandlung.

Hugo Hecht (Prag).

Saul. Untersuchungen zur Ätiologie und Biologie der Tumoren. XIX. Mitteilung. Zentralbl. f. Bakt. Bd. LXXVII. p. 255.

Nicht zu kurzem Referate geeignet.

Walther Pick (Wien).

Gley et *Loewy*, R. La croissance des phanères au cours de la réparation des plaies de guerre (Hypertrichose d'origine traumatique). Comptes rendus hebd. de la soc. de biolog. 1915. Bd. LXXVIII. Nr. 8. p. 204.

Vermehrter Haarwuchs ist schon mehrfach nach Nervenverletzungen, Haarausfall nach Nerven-Paralyse beobachtet worden. Die Verf. sahen nun bei 14 Soldaten nach Ausheilung einer schweren Verletzung, bei der viel Gewebe zerstört worden war, besonders an den oberen Extremitäten, vermehrtes Wachstum der Haare und bisweilen auch der Nägel, ohne daß Anzeichen einer Neuritis aufgetreten waren. Sie vermuten daher eine Analogie mit schweren Infektionskrankheiten: nach starken Gewebsschädigungen, sei es z. B.

durch Typhus, sei es, wie hier, durch Verwundung, besonders solche mit sekundären Infektionen, und nach deren Reparation, die nur durch Bildung neuer Gefäße und zirkularische Hyperaktivität erfolgen kann, dürfte der ausgleichende Metabolismus auch die Ursache für vermehrten Haarwuchs abgeben. F. Münchheimer (Wiesbaden).

Herzog, W. Ein Fall von allgemeiner Enthaarung mit heterologer Pubertas praecox bei dreijährigem Mädchen (Hirsutismus?)

Beschreibung eines Kindes, das, von männlichem gedrungenen Körperbau, von kräftiger Muskulatur ist. Starke Braunpigmentierung der Haut, die ganze Körperdecke mit dunkeln Haaren besetzt, ein mäßig stark entwickelter Schnurrbart. Stärkere Behaarung der Achselhöhlen, besonders stark an den Genitalien, von fellartigem Charakter. Verf. behandelt eingehend die hier in Betracht kommenden Entstehungsmöglichkeiten und findet eine Analogie mit einem von Apelt beschriebenen Fall von „Hirsutisme".

Nur fehlt in vorliegendem Falle die Veränderung der Nebennierenrinde (Tumoren).

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Ewart, C. T. Hypertrichosis bei Irren. The Lancet. 1915. März 29. p. 1133.

Ewart macht darauf aufmerksam, daß man unter geisteskranken Frauen viel häufiger Fälle von Hypertrichosis findet, als unter geistig gesunden weiblichen Individuen. Im allgemeinen zeigen diese Fälle auch sonst einen mehr männlichen Typus. Die Ursache dieser Hypertrichosis bei Irren ist noch dunkel, doch meint der Autor, daß ein Zusammenhang mit der Sekretion der Nebennieren bestehe.

Fritz Juliusberg (Posen).

Sutton, R. I. Trichokyptomanie. The Journal of the American Medical Association. 1916. Jan. 15. p. 185.

Sutton bemerkt, daß zu den beiden bekannten Neurodermatosen, der Trichomanie (Trichotillomanie, „tic de l'epilation" Raymonds) und der Dermatothlasie H. Fourniers ein dritter Typ gehört, den man als Trichorrhexomanie oder besser als Trichokyptomanie bezeichnen kann. Der diese Affektion repräsentierende Fall, ein 18jähriges Mädchen, hat die Gewohnheit, die Haare zwischen den Spitzen des Daumens und des Zeigefingers zu drehen und dann mit den Nägeln abzubrechen, so daß Stümpfe von 0·2—0·5 *cm* Länge zurückbleiben. Das von ihr so behandelte Gebiet sind die Augenbrauen, die Augenwimpern und die Seitenteile des behaarten Kopfes.

Fritz Juliusberg (Posen).



Mount, L. B. Die Alopekien. Medical Record. 1915. Mai 22. p. 852.

Referierender Vortrag, nichts neues enthaltend.

Fritz Juliusberg (Posen).

Merian, L. Über Haarveränderungen bei Munitions- und Kupferarbeitern. Ein Fall von Konditorerkrankung (Mal des confiseurs). Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte. 1916. Nr. 10. p. 303.

Bei 2 Arbeitern einer Maschinenfabrik beobachtete Merian eine grünliche Verfärbung der Kopfhaare, die auf Kupferstaub zurückgeführt werden konnte. Die Patienten waren mit Schmirgeln, Feilen, Putzen und Ausglühen des Kupfers in der Kupferabbrennerei beschäftigt.

Ferner hatte Verf. die Gelegenheit, olivgrüne Haare zu untersuchen, deren Farbe auf Pikrinsäurewirkung zurückzuführen war. Weiße Haare sollen die Farbe rascher annehmen als blonde und dunkle. Die Pikrinsäure wird gegenwärtig viel zur Munitionsfabrikation verwendet. Die Pikrinsäure kann nach Verf. durch konzentrierte alkalische Traubenzuckerlösung aus den Geweben entfernt werden.

Verf. hat dann bei einem Konditor eine Erkrankung der Nagelphalangen beobachtet, die unter dem Namen „Mal des confiseurs" bekannt ist. Die Erkrankung beginnt mit Erosionen am Nagelwall, zu denen sich bald Rötung und Schwellung, sowie Schmerzen gesellen. Die Schwellung geht dann allmählich auf die Matrix über, wodurch der Nagel in der Ernährung gestört und von der Unterlage abgehoben wird.

Prophylaktisch empfiehlt Verf. den Patienten das Eintauchen der Finger in die warme Zuckerlösung zu unterlassen, wie es namentlich beim Kandieren von Früchten gebräuchlich ist. Max Winkler (Luzern).

Pöhlmann, A. Uber Alopecia areata neurotica nach Schußverletzung. Münch. med. Woch. 1915. Nr. 47.

Beschreibung eines Falles, der nach einem Schrapnellschuß an fast totaler Kahlheit erkrankte und eines anderen Falles, bei dem nach einem Schneesturm gelegentlich einer Gletschertour gleichfalls Haarausfall sich einstellte. Verf. will die traumatischen Alopekien von den neurotischen getrennt sehen. Die erstere entsteht nach einem Trauma, die letztere im Gefolge lokaler oder allgemeiner Nervenleiden. Theodor Baer (Frankfurt a. M.).



Akute und chronische Infektionskrankheiten.

Emge, L. A. Ein Fall von primärer Diphtherie der Haut. The Journal of the American Medical Association. 1915. August 7. p. 529.

Ein Interner in Emges Hospital wurde von einem diphtheriekranken Kind in den rechten Zeigefinger gebissen. Es entwickelte sich an der Bißstelle ein Ulkus, welches von einer grauen Eiterlage bedeckt war. Daran anschließend wurde der Hals befallen. Fieber. In der Wunde ließen sich Diphtheriebazillen durch Kultur nachweisen. Heilung unter Serumbehandlung. Fritz Juliusberg (Posen).

Bennett, J. A. Ein Fall von Anthrax. The Lancet. 1915. April 10. p. 753.

Kasuistische Mitteilung ohne Besonderheiten.

Fritz Juliusberg (Posen).

Carrién et *Oeconomos.* L'oedème malin Marbonneux. Gaz. d. hôp. 1914. Nr. 76.

Übersichtsreferat. Münchheimer (Wiesbaden).

Reiß, Emil und *Hertz,* Johanna. Weitere Beiträge zur Serumbehandlung des Scharlachs. Münch. med. Woch. 1915. Nr. 35.

Von 413 Scharlachfällen wurden 33 Fälle mit Serum behandelt und zwar nur solche, deren Prognose schlecht oder zweifelhaft war, d. h. Fälle mit akut toxischen Erscheinungen. Die größte Anzahl wurde mit Rekonvaleszentenserum behandelt (27). Hievon sind 24 Fälle geheilt.

Das Hauptmerkmal der Serumwirkung war die vollständige Umkehr des Gesamtzustandes.

Besonders deutlich war der Einfluß auf das Fieber bei rechtzeitiger Darreichung. $\frac{1}{2}$—1 Stunde nach der Infusion meist kleiner Anstieg, dann kritischer Temperaturabfall (1—4 Stunden später). Darnach wieder leichter Anstieg, nur bei Komplikationen höhere Temperaturen.

Infundiert wurden 50—100 *ccm*, je nach der Schwere des Falles. Im allgemeinen wurde intravenös infundiert.

4 Fälle wurden mit Normalserum behandelt. Bei diesen Fällen wurde zwar mehrmals ein sehr günstiger Einfluß festgestellt, doch trat er nicht so prompt ein wie bei dem Rekonvaleszentenserum.

Zwei Fälle wurden mit Moserserum behandelt. Sehr günstige Wirkung. · An unerwünschten Nebenwirkungen wurde bei allen 3 Serumarten $\frac{1}{4}$—$\frac{1}{2}$ Stunde nach der Infusion zuweilen Schüttelfrost beobachtet, der in 3 Fällen zu einem Kollapszustand führte.



Es folgt noch eine genaue Beschreibung der Herstellung des Serums. Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Isenschmid, R. und *Schemensky*, W. Über die Bedeutung der von Daehle beschriebenen Leukozyteneinschlüsse für die Scharlachdiagnose. Münch. med. Woch. 1914. Nr. 39.

Das Fehlen der Doehleschen Körperchen bei einem fiebernden Kranken schließt frischen Scharlach aus.

Der positive Befund von Körperchen schließt Röteln aus und macht Masern unwahrscheinlich.

Diphtherie und lakunäre Anginen macht der positive Befund nur dann unwahrscheinlich, wenn sich typisch geformte Einschlüsse in sehr großer Zahl vorfinden.

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Klein, Alfred. Komplementbindung bei Variola. Münch. med. Woch. 1914. Nr. 47.

Im Serum Pockenkranker sind Antikörper mittels der Komplementbindungsreaktion nachweisbar.

Die Komplementbindungsreaktion bei Variola ist spezifisch, d. h. es handelt sich um eine echte Antigen-Antikörperreaktion, wobei mit größter Wahrscheinlichkeit die Erreger der Variola selbst das Antigen darstellen. Als Antigen erscheint derzeit allein Pockenpustelmaterial verwendbar. Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

v. Konschegg, Artur. Komplementbindung bei Variola. Münch. med. Woch. 1915. Nr. 1.

v. Konschegg hat ähnliche Resultate gehabt wie Klein. Auch er fand, daß im Serum Variolakranker spezifische Antigene enthalten sind und daß nur solche Antigene komplementablenkend wirken, in welchen wir den Erreger der Variola wohl mit Sicherheit annehmen können.

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Simpson, C. A. Annuläre, serpiginöse, bullöse Eruptionen als Komplikationen der Impfung. Medical Record. 1914. November 28. p. 920.

Im Anschluß an die Besprechung ähnlicher Fälle aus der Literatur, berichtet Simpson über eine eigene Beobachtung, die er als akute bullöse Dermatitis bezeichnet. Die Affektion heilte in einigen Wochen ab.

Fritz Juliusberg (Posen).

v. Wasiliewski. Über die Vorbeugung von Fleckfieberübertragungen auf Ärzte und Pfleger. Münch. med. Woch. 1915. Nr. 18.

Besprechung der Bewegungsarten der Laus, besonders die faserigen Stoffe bieten ein geeignetes Objekt zur Fortbewegung. Daher bietet das Tragen von Mänteln oder das



Zuschnüren der Ärmel etc. keinen Schutz. Als verhältnismäßig sicherer Schutz wird empfohlen:

1. Glatte Schaftstiefel oder hohe Gummistiefel.
2. Ein bis zur Mitte der Wade reichender Gummimantel.
3. Bequeme Gummihandschuhe.

Abkühlen des Raumes wirkt hemmend auf die Wander- und Unternehmungslust der Läuse. Ferner genügt, weil die Läuse auf glattem Boden sich nicht fortbewegen können, ein glatter Fußboden und eine glatte Wandleiste (poliert, mit Ölfarbe bestrichen) und eine mit Kresolseifenlösung angefeuchtete Türvorlage, um einen Entlausungsraum für die Nachbarschaft ungefährlich zu machen

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Bäumler, Ch. Diagnose und Krankheitsbild des Fleckfiebers auf Grund eigener Erfahrungen. Med. Klinik. 1915. p. 795.

Hohes Fieber mit Temperaturen von über 40°, gesteigerte Puls- und Atemfrequenz, Vergrößerung der Milz können auch ab und zu bei Ileotyphus vorkommen. Charakteristisch ist der Ausschlag, obwohl es auch Fälle gibt, bei denen er fehlt; meist sind dies Kinder und alte Leute. Der Ausschlag ist von rosenroter Farbe, stecknadel- bis linsengroß, an den Armen und am Handrücken oft noch größer. Am Leibe sind die Flecke etwas erhaben. Der Ausschlag entwickelt sich rasch innerhalb drei bis vier Tagen. Die kleineren Flecke verschwinden bald, die größeren papulösen gehen langsam zurück, werden dabei mehr bläulich mit dünklerem Zentrum und hinterlassen bräunliche Flecke. In schweren Fällen kommt es zu petechialen Blutungen. Die Entfieberung beginnt am 12. Krankheitstag und ist meist am 15. bis 17. beendet. Hugo Hecht (Prag).

Aschoff, L. Über anatomische Befunde bei Fleckfieber. Med. Klinik. 1915. p. 798.

In vielen vorgeschrittenen oder länger dauernden Fällen fand sich eine eigenartige Atrophie des Fettgewebes, Trockenheit der Muskulatur, schmierige Beschaffenheit der serösen Häute, leicht vergrößerte oder normale, manchmal kleinere Milz. Die von Fränkel in den verschiedensten Organen gefundenen Gefäßerkrankungen könnten in Haut, Herz, Nieren, Hoden, Gehirn, verlängertem Mark, Gehirnhaut nachgewiesen werden. Wichtig ist die Hämoglobinausscheidung in den Nieren, die zu Hämosiderinpigmentierung der Kanälchen führt. Schließlich wird noch auf die myelozytären Wucherungen im Gebiete der Nierenmarkkapillaren hingewiesen. Hugo Hecht (Prag).



Müller, O. Über Fleckfieber. Med. Klinik. 1915. p. 1230, 1261, 1285.

Die Übertragung findet durch Epizoen, meistens Kleiderläuse statt. Gut entlauste Kranke infizieren, wie die Erfahrung gelehrt hat, nicht. Der mutmaßliche Erreger gehört nach Prowazek zu den Strongyloplasmen. Pathologisch-anatomisch bietet der Flecktyphus keine eigentlich charakteristischen Anhaltspunkte dar; nur die histologische Untersuchung der Roseolen bietet den Fränkelschen Befund dar. Eine schwere Komplikation stellen die symmetrischen Gangräne der Füße dar; außerdem findet man katarrhalische Pneumonien, Parotitiden, Pleuritis, Angina u. dgl. in wechselnder Häufigkeit. Wichtig ist in differential-dignostischer Beziehung, daß bei der übertragbaren Genickstarre gelegentlich ein Exanthem auftreten kann, das den des Fleckfiebers ähnlich sieht.

Hugo Hecht (Prag).

Tuberkulose.

Northrup, W. P. Allgemeine Tuberkulose, einschließlich der Haut, bei einem Kinde. American pedriatic society. 1914. Mai 24.—26. Medical Record. 1915. September 25. p. 541.

Die Hautveränderung bei dem von Northrup veröffentlichten Fall von miliarer Tuberkulose bestand aus roten Flecken von der Größe der Typhusroseola, gekrönt von einem kleinen Bläschen, umgeben früher oder später von einer entzündlich-hämorrhagischen Zone, mit Bildung einer Kruste und Ausgang in eine kleine Narbe.

Fritz Juliusberg (Posen).

Thöni und *Thaysen*. Experimentelle Untersuchungen zur Feststellung der Mindestzahl von Bazillen, die beim Meerschweinchen noch Tuberkulose hervorruft. Zentralbl. f. Bakteriologie. Bd. LXXVII. p. 308.

Die Versuche ergaben, daß die bisherige Ansicht, daß zur Tuberkuloseinfektion beim Meerschweinchen 1—20 Bazillen genügen, falsch ist. Selbst bei Verwendung von 99—343 Bazillen hochvirulenter Kulturen kam keine Infektion zustande. Die Ermittlung der Zahl der überimpften Bazillen geschah mit Hilfe des Burrischen Verfahrens.

Walther Pick (Wien).

Strauß. Die neue Lupusheilanstalt in den städtischen Krankenanstalten in Barmen. Strahlentherapie. VI. Bd. 1915. p. 481.



Seitens des Deutschen Zentralkomitees wurde in der Sitzung vom 13. Februar 1915 die Gründung einer Lupusheilanstalt im städtischen Krankenhause in Barmen beschlossen, damit Strauß die Möglichkeit erhielte, sein neues Behandlungsverfahren weiter auszubauen. Die Anstalt wurde in dem erst 1911 erbauten Krankenhause errichtet und ist daher mit allen modernen technischen Hilfsmitteln ausgestattet. Außer Liegehallen, die auch für Sonnenbäder verwendet werden können, ist auch eine „künstliche Höhensonne“ vorhanden, aber Strauß wird sie nur zur allgemeinen Behandlung bei endogen entstandener äußerer Tuberkulose heranziehen. Für die örtliche Behandlung wird er seine Lekutylmethode benützen, die von der langdauernden und kostspieligeren Lichtbehandlung befreit, relativ schnell Heilungen oder Besserungen mit guten kosmetischen Resultaten bedingt und bei Rückfällen das gewonnene Resultat durch einfache, überall durchführbare Kuren festzuhalten ermöglicht. Felix Münchheimer (Wiesbaden).

Kuznitzky und *Bittorf*. Boecksches Sarkoid mit Beteiligung innerer Organe. Münch. med. Woch.

Der bei der äußerlichen Untersuchung unklare Fall (Lues?, Recklinghausen?, Periartoriitis nodosa?) erwies sich erst bei der mikroskopischen Untersuchung als typisches Boecksches Sarkoid.

Dieser Fall gewinnt insofern eine besondere Bedeutung, als, abgesehen von seinem klinischen, von dem bisher gewohnten, sehr abweichenden Symptomenkomplex, die diagnostische Tuberkulinreaktion negativ ausfiel, ferner aber durch die Beteiligung der inneren Organe an der Erkrankung.

Es fanden sich Veränderungen in Lungen, Lymphdrüsen, Milz, Nieren, Leber, die möglicherweise auf Einlagerung von pathologischen Infiltraten zurückzuführen sind, wie sie an der Haut beobachtet werden.

Tuberkulose ist auszuschließen.

Am meisten erinnert das Bild an gewisse Formen der pseudoleukämischen Erkrankung.

In der Literatur ist bisher ein ähnlicher Fall nicht bekannt. Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Lepra.

Mc Ewen, E. L. Lepra. Chicago Medical Society. 1915. Okt. 27. The Journal of the American Medical Association. 1915. November 13. p. 1753.

Bericht über eine Sitzung, bei der nur über Lepra



referiert wird, eingeleitet von Mc Ewen, der über die Leprafurcht spricht. Ormsby spricht über die klinische Beschreibung der Lepra, Harris über die Bakteriologie und Pathologie. Über die Lepra in den Vereinigten Staaten äußert sich Pusey. Fritz Juliusberg (Posen).

Fraser, H. und *Fletscher,* W. Lepra und Kedrowskys Bazillus. The Lancet. 1915. Juli 3. p. 13.

Die Quintessenz der Arbeit Frasers und Fletchers ist die, daß es nicht erwiesen ist, daß Kedrowskys säurefester Bazillus der Leprabazillus ist.

Fritz Juliusberg (Posen).

Dom Sauton. La lèpre à l'académie de médecine. Journ. d. pratic. 1914. Nr. 14.

Die Leprakommission der Académie de médecine hat die Lepra für kontagiös erklärt und Deklarationspflicht mit Isolierung der Leprösen, eventuell auf einer Insel, für notwendig erklärt, um weitere Ausbreitung der Krankheit in Frankreich zu verhüten. D. S. erklärt dieses Gutachten für völlig unhaltbar. Weder der Bakteriologe, noch die Klinik, die Geschichte oder eine Bezugnahme auf die angeblichen großen Epidemien im Mittelalter, bei denen Dermatosen und venerische Krankheiten, speziell die erst im XV. Jahrhundert differenzierte Syphilis mit dem Aussatz konfundiert wurden, berechtigen zu der Behauptung, daß die Lepra kontagiös und von Mensch zu Mensch direkt übertragbar sei. Münchheimer (Wiesbaden).

Denney, O. E. Die Behandlung von ulzerösen Prozessen bei Leprösen mit basischem Fuchsin. The Philippine journal of science. Vol. X. Sec. B. Nr. 6. p. 357.

Das Fuchsin (Grüblers Fuchsin für Bakt.) wurde in 1‰ wässeriger Lösung als feuchter Verband angewendet. Gute Resultate bei langer Behandlungsdauer.

Walther Pick (Wien).

Johnston, J. A. Lepra. The Philippine journ. of science. Vol. X. Sec. B. Nr. 6. p. 365.

Nichts Neues. Walther Pick (Wien).

Parasitäre Erkrankungen.

Lane, J. E. Die Prophylaxe und Behandlung der Trichophytie und des Favus des Kopfes. The Journal of the American Medical Association. 1915. Nov. 13. p. 1717.

Nichts neues enthaltend.

Fritz Juliusberg (Posen).



Bloch. Über einige allgemein pathologische und therapeutische Probleme auf dem Gebiet der Dermatomykosen. Münch. mediz. Wochenschrift. 1915. Nr. 22 u. 23.

Aus früheren Untersuchungen des Verf. steht fest, daß die Dermatomykosen nicht rein lokale Hautinfektionen sind, sondern daß sie, selbst wenn sie auch nur einen beschränkten Teil der Hautoberfläche befallen, besonders den immunisatorischen Apparat in Mitleidenschaft ziehen.

Es handelt sich dabei um eine allergische Reaktion, die sich lediglich gegen das in den Pilzzellen enthaltene Endotoxin, das „Mykin", richtet.

Die Mannigfaltigkeit der Hauterkrankungen, bezüglich ihrer klinischen Erscheinungen, ihrer Beeinflußbarkeit durch therapeutische Maßnahmen, läßt sich nun mit Hilfe der Lehre von der „allergischen Immunität" in ein Schema bringen.

Die oberflächlichen Formen, bei denen die allergische Reaktion eine geringe Rolle spielt im Gegensatz zu den tiefen, entzündlichen Formen (Kerion Celsi, Sykosis). Hier besteht eine intensive Wechselwirkung zwischen Parasit und Wirtorganismus. „Der Krankheitsherd ist nichts anderes als der anatomische Ausdruck der am Infektionsort lokalisierten Allergie." Daß hier eine Umstimmung besteht, geht auch daraus hervor, daß jede tiefe Trichophytie Allgemeinerscheinungen machen kann (Leukozytose, Fieber, Lymphdrüsen-Milzschwellung). Hier tritt ferner die spezifische Therapie am aussichtsvollsten in ihr Recht.

Diese spezifische Therapie versagt deshalb bei den oberflächlichen Dermatomykosen, weil es hier überhaupt nicht zu einer Wechselwirkung zwischen Parasit und Wirt kommt. Sie haben das gemeinsame, daß sie. nur bei Menschen vorkommend (im Gegensatz zu der animalen Gruppe), sich nur an die Hornhautgebilde der menschlichen Epidermis angepaßt haben. Hier wirken Maßnahmen, welche die mechanische Entfernung der Pilze befördern (Radioepilation). Die Chrysarobinwirkung ist als indirekte, entzündungsreizsetzende, aufzufassen.

Auch die Wirkung von Jodkali bei der Sporotrichose ist aufzufassen als ein bakterizider oder parasitotroper Vorgang (Entfaltung von freiem Jod?)

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Brault et *Montpellier.* Nouveau cas d'infestation du cuir chevelu de l'adulte par le phthirius pubis. Gaz. d. hôp. 1914. Nr. 49.

Neuerdings haben die Verf., die bereits 2 Fälle be-



richtet, in einem dritten, bei einem 35jähr. Neger in Marokko, Phthirius pubis außer in Schamhaaren und Achselhöhlen, sowie im Bart und Augenwimpern, auch im Kopfhaar gefunden. Ferner berichten sie, daß sie bei einem rekurrenskranken Manne an den Pubes — u. zw. fast ausschließlich an den Pubes — Pediculi vestimentorium und in einem derselben morphologisch intakte Obermeiersche Spirillen konstatiert haben.

Münchheimer (Wiesbaden).

Trappe. Ein sehr altes und einfaches, aber sehr wirksames Verfahren zur Bekämpfung der Läuseplage im Felde. Münch. med. Woch. 1915. Nr. 37.

Trappe findet, daß die beste Methode gegen die Läuseplage in der Reinigung der Kleider von den Läusen und ihren Nissen durch die Mannschaft selbst besteht.

Er ist der Meinung, daß viel zu wenig darauf gesehen wird, die Kleider der Verlausten von daran haftenden Nissen mechanisch durch Abkratzen zu reinigen.

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Bohlmann, Rud. Imprägnierte Schutzringe gegen Ungeziefer. Münch. med. Woch. 1915. Nr. 35.

Durch eine eigenartige Zusammenstellung der als wirksam bekannten Mittel (ätherische Öle, Anisol, Trikresol etc.) und Fixierung derselben mittels Formalingelatine gelang es Verf., die Wirkung der einzelnen Mittel bedeutend zu erhöhen. Hievon werden Schutzringe für Leib, Hals, Arme, Beine angefertigt, deren Wirkung sehr gut sein soll. Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Seligmann, E. und *Sokolowsky,* R. Untersuchungen an einem Entlausungsofen. Münch. med. Wochensch. 1915. Nr. 28.

Beschreibung eines Ofens zu Entlausungszwecken. Nähere siehe Original.

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Schöppler, Hermann. Der Kresolpuder, ein Schutz- und Vertilgungspuder des Ungeziefers im Felde. Münch. med. Woch. 1915. Nr. 33.

Kresolpuder eignet sich nicht nur für Läuse in ausgezeichneter Weise, sondern er tritt auch der Flohplage wirksam entgegen. Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

v. Prowacek, S. Bemerkungen über die Biologie und Bekämpfung der Kleiderlaus. Münchener med. Woch. 1915. Nr. 2.

Beschreibung der Entwicklung der Kleiderlaus. Nach Erfahrungen des Verf. hat sich die Kombination von 30



bis 40 Teilen reinen Anisöls und 70 Teilen 96% Alkohols am besten bewährt. Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Neumayer, Victor L. Zur Frage des persönlichen Lausschutzes. Münch. med. Woch. 1915. Nr. 28.

Verf. verwandte zum persönlichen Lausschutze gefällten Schwefel, den er in die Kleider einbürstete. Er machte dann bei sehr heißem Wetter längere Märsche und schwitzte dabei stark. Er erkrankte hierauf an schweren Darmerscheinungen, ähnlich der Cholera.

Züchtungsversuche waren negativ.

Verf. ist geneigt, seine Erkrankung als Schwefelwasserstoffvergiftung zu deuten.

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

v. Heuff, Otto. Zur Vertilgung der Läuse. Münch. med. Woch. 1915. Nr. 13.

Nichts Neues. Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Eysell. Ein einfaches Vorbeugungsmittel gegen Verlausung und ihre Folge. Münch. med. Wochenschr. 1915. Nr. 10.

Verf. empfiehlt Sulfur praecipitatum als gut wirkendes Vorbeugungsmittel gegen Verlausung.

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Lehmann, E. Insektenpulverwertbestimmung. Münch. med. Woch. 1915. Nr. 10.

Als besonders einfach erwies sich die mikroskopische Methode. Sie gründet sich auf die Tatsache, daß in den geschlossenen Blütenköpfen des Chrysantemum cinerariifolium noch alle Pollenkörner vorhanden sind, während sie in den geöffneten nach und nach verstauben. Durch Zählung der Pollenkörner kann man aber feststellen, ob das Insektenpulver gut oder schlecht ist. Für das dalmatinische Insektenpulver haben sich folgende Zahlenwerte ergeben: 2000 Körner auf 1 *mg* Pulver erstklassiges Material, minderwertige Sorten haben weniger als 1000 Pollenkörner auf 1 *mg.* Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Widmann, Eugen. Zur Frage der Übertragung von Bakterien durch Läuse. Münch. med. Woch. 1916. Nr. 39.

Beschreibung der Laus und der Art ihres Saugaktes.

Versuche mit Pneumokokken und Staphylokokken führten zu dem Ergebnis, daß eine Übertragung dieser beiden Bakterienarten durch Stich der infizierten Läuse nicht stattfindet. Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Schlesinger. Entlausung durch Heißluft. Münch. med. Woch. 1915. Nr. 46.

Beschreibung der Apparate und Abbildung im Original nachzulesen. Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Hornstein. Über Cinol als Läusebekämpfungsmittel. Münch. med. Woch. 1915. Nr. 22.

Cinol, eine Mischuug von ätherischen Ölen und Terpenen, bewährte sich gut. Es kommt als Seife in den Handel. 1 Stück reicht für 3—4 Einreibungen, die alle 3–4 Tage vorgenommen werden. Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Bruck, F. J. Zur Läusebekämpfung mittels Cinol. Med. Klinik. 1915. p. 1240.

Cinol ist eine 10%ige Mischung von ätherischen Ölen und stark desinfizierenden Stoffen. Es ist sehr wirksam und in der Anwendung bequem. Hugo Hecht (Prag).

Schlesinger. Die Ungezieferbekämpfung in einem Kriegsgefangenenlager. Münch. med. Woch. 1915. Nr. 21.

Eine Reihe militärischer Vorschriften, die das Reinhalten der Kleider und Betten, die Kontrolle von seiten des Aufsichtspersonales u. a. m. betreffen.

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Eckes. Zur Vertilgung der Kleiderläuse. Münch. med. Woch. 1915. Nr. 21.

Gute Erfahrungen mit Dampfsterilisation (90—95° C) in einem mit einfachen Mitteln hergerichteten Ofen.

(Beschreibung.) Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Lenz, Fritz. Über Naphthalinentlausung und ihre Methode. Münch. med. Woch. 1915. Nr. 45.

Verf. empfiehlt von allen Entlausungsmethoden die Naphthalinbehandlung als die zweckmäßigste.

Zunächst ist sie billiger, sie macht keine Beeinträchtigung des militärischen Dienstes, sie erfordert keine besonderen Apparate, greift die Kleider nicht an und ist nicht gesundheitsschädlich.

Das Naphthalin muß in Abständen von einigen Tagen wiederholt abends in die Halsöffnung der Kleider und die Kleider selbst eingestreut werden.

Die Kleider müssen nachts getragen werden, so daß der Naphthalindampf unter der Decke alle Schlupfwinkel der Läuse erreicht. Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Wulker, G. Zur Frage der Läusebekämpfung. Münch. med. Woch. 1915. Nr. 18.

Als bestes Mittel bewährte sich: Xylol, Schwefelkohlenstoff, Eukalyptus- und Nelkenöl. Trockene Hitze von über 55° tötet die Läuse unfehlbar sicher, die Eier werden bei über 60° vernichtet. Bei + 5° geraten die Läuse in einen Erstarrungszustand, sterben aber noch nicht ab.



Das Tragen seidener Unterwäsche ist kein absoluter Schutz, da trotz der glatten Oberfläche die Seide rauh genug ist, um den Läusen die Fortbewegung zu ermöglichen.

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Kulka, Wilhelm. Ein neues Mittel zur Läusevertilgung. Münch. med. Woch. 1915. Nr. 18.

Das Trichloräthylen, eine wasserklare, leicht bewegliche, feuersichere Flüssigkeit, hat sich dem Verf. als Läusevertilgungsmittel bewährt.

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Nocht und *Halberkann.* Beiträge zur Läusefrage. Münch. med. Woch. 1915. Nr. 18.

Von den Mitteln, die zur Abtötung von Läusen und Nissen in Kleidern durch Anräucherung empfohlen worden sind, haben sich Schwefelkohlenstoff und schweflige Säure am besten bewährt (aus Bomben oder durch Verbrennen von Schwefel). Schwefelkohlenstoff (verdunstet) ist gut, aber feuergefährlich.

Als bestes Mittel zum Tragen in den Kleidern empfehlen Verfasser das p-Dichlorbenzol. Es ist ein fester Körper, riecht wenig und verdunstet schnell. 2 Gramm in einem Säckchen reichen etwa 3 Tage aus.

Bei Sprühversuchen zur Desinfektion der Schützengräben bewährte sich das Terpentinöl.

Ol. therebint. 10,0.
Tetrachlorkohlenstoff.
Brennspiritus 90% à 43,0.
Sap. virid. venal. 4,0.

10 Sekunden langes Bespritzen mit Gartenspritze ist schon wirksam. Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Herxheimer, K. und *Nathan,* E. Ein weiterer Beitrag zur Bekämpfung des Ungeziefers im Felde. Münch. med. Woch. 1915. Nr. 24.

Reagensglasversuche mit verschiedenen als Läusemittel empfohlenen Präparaten führten zu dem Ergebnis, daß der Kresolpuder allen anderen an Wirksamkeit, Unschädlichkeit und Billigkeit überlegen ist.

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Heusner, Hans L. Bemerkungen zur Bekämpfung der Läuseplage. Münch. med. Woch. 1915. Nr. 50.

Verf. empfiehlt Xylol als besonders wirksam.

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Friedmann. Beiträge zur Bekämpfung der Kleiderläuse in Kleidern. Zentralbl. f. Bakteriologie. Bd. LXXVII. p. 320.

Friedmann hat Versuche mit heißem Wasserdampf,

heißer (trockener) Luft, Schwefelkohlenstoff und schwefliger Säure gemacht. Am besten hat sich das Schwefelkohlenstoffverfahren bewährt, welches gleichzeitig auch das schonendste für die zu desinfizierenden Objekte ist. Es genügen 100—150 *cm*³ Schwefelkohlenstoff pro Kubikmeter. Versuche mit 5 verschiedenen Arten von Insektenpulvern ergaben ein völlig negatives Resultat, wogegen andere Versuche die Abneigung von Läusen Seide gegenüber deutlich dokumentierten. Walther Pick (Wien).

Kißkalt. Zur mikroskopischen Anatomie von Ped. vestimentorum. Zentralbl, f. Bakt. Bd. LXXVII. p. 338.

Kißkalt bringt vier sehr instruktive Mikrophotogramme von Schnittpräparaten durch die Laus, als Anhang zur Friedmannschen Arbeit. Walther Pick (Wien).

Galli-Valerio. Erfahrungen über den Schutz gegen den Läusestich. Zentralbl. f. Bakt. Bd. LXXVII. p. 262.

Galli-Valerio hat 40 verschiedene Substanzen (Riechstoffe) daraufhin untersucht, ob sie imstande sind, Läuse vom Stiche abzuhalten und fand, daß die Läuse (P. cervicalis) nicht nur in der Nähe, sondern auch am Rande und sogar auf der Substanz selbst einstechen. Zum Teil gingen die Tiere allerdings nach dem Stich zu Grunde, doch wäre dies zur Hintanhaltung einer Infektion zu spät. Walther Pick (Wien).

Grünbaum, Edgar. Mitteilung über eine epidemieartig auftretende Stomatitis mit eigenartiger Ursache. Münch. med. Woch. 1915. Nr. 22.

Von 800 gefangenen Russen erkrankten 200 an Stomatitis. Sie rührte her von schwarzen Binden, die, mit Quecksilber imprägniert, den Leuten bei ihrem Ausmarsch als Liebesgabe gegen Läuse geschenkt waren. Diese Binden wurden auf der bloßen Haut getragen.

Es handelt sich also um eine Quecksilber-Stomatitis. Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Sonstige Dermatosen.

Galli-Valerio. Zur Frage der Pellagra in der Schweiz. Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte. 1916 Nr. 6. p. 181.

Im Anschluß an die Mitteilung von Jadassohn „über den pellagrösen Symptomenkomplex“ teilt Verf. mit, daß ihm neben den 6 von Jadassohn zitierten Fällen noch zwei weitere Fälle von Pellagra bekannt seien, die



in der Schweiz beobachtet wurden und zwar von Dr. Maggi im Spital Mendrisio.

Galli-Valerio ist ein Anhänger der Maistheorie und glaubt, daß namentlich auch der Maisschnaps, der z. B. in Beßarabien vorwiegend aus verdorbenem Mais hergestellt werde, den pellagrösen Symptomenkomplex hervorrufen könne. Keine neue Theorie, auch nicht diejenige, welche die Krankheit auf eine ungenügende Ernährung zurückführen wolle, habe die Maisätiologie zu entkräften vermocht. Max Winkler (Luzern).

Mc Donald, W. M. Pellagra in Antigua. The Lancet. 1915. Januar 16. p. 127.

Wie Mc Donald mitteilt, kam der erste Fall von Pellagra in Antigua 1909 zur Beobachtung; seitdem hat die Zahl der Fälle immer mehr zugenommen. Doch wurden wohl schon vorher Fälle dieser Erkrankung unter anderer Bezeichnung beschrieben. Offenbar ist die Pellagra in Antigua endemisch. Alle Fälle betreffen Schwarze, die häufig von Stomoxys gebissen werden und in schlechteren wirtschaftlichen Verhältnissen leben, als die Weißen.

Fritz Juliusberg (Posen).

Page, B. W. Die Ätiologie der Pellagra. Medical Record. 1915. November 13. p. 826.

Page hat in den Fäzes bei 158 Fällen von Pellagra einen zellähnlichen Körper, der sich innerhalb eines Bazillus entwickelt, gefunden und hält ihn für den Erreger der Pellagra. Fritz Juliusberg (Posen).

Cencelli, Alberto. Neue Theorien und Forschungen über die Pellagra. The Lancet. 1915. April 17. p. 794.

Nachdem Cencelli die früheren Theorien über die Ätiologie der Pellagra als wenig befriedigend erklärt hat, wendet er sich der von Alessandrini und Scala (Contributo nuovo alla etiologia e pathogenesi della pellagra, Rom 1914) ausgesprochenen Hypothese zu, daß die Pellagra durch mineralische Kolloide verursacht wird. Die genannten Autoren haben diese Theorien auch experimentell gestützt und haben bei der auf dieser Hypothese fußenden Behandlung mit Trinatriumzitrat günstige Erfolge gehabt.

Fritz Juliusberg (Posen).

Bechet, P. E. Hautkrankheiten in der Schwangerschaft. Medical Record. 1915. Januar 2. p. 19.

Mit Ausnahme der Impetigo herpetiformis finden sich die anderen Dermatosen, die in Betracht kommen, auch außerhalb der Gravidität. Die Impetigo herpetiformis, die selten auch außerhalb der Schwangerschaft und sogar bei

Männern zur Beobachtung kam, ist eigentlich eine Dermatose der Gravidität. Allgemeiner Pruritus finden sich sehr häufig bei Schwangeren mit neurotischen Temperament. Er hängt von Verdauungsstörungen ab, wie sie die Schwangerschaft mit sich bringt. Pruritus der Genitalien kann idiopathisch sein oder verursacht durch Scheidenausfluß, Parasiten oder Glykosurie. Eine Lanolinsalbe mit 1—2% Phenol oder 2—5% Manthol schafft Erleichterung. Weiter kommen in Betracht Chloasma, Herpes gestationis, Paronychie, Alopekie, das sehr seltene Fibroma molluscum gravidarum und Prurigo gestationis.

Fritz Juliusberg (Posen).

Haas, S. V. Erblindung bei einem Kinde als Folge eines Gesichtsekzems. New York academy of medicine. Sitzung vom 19. Jan. 1915. Medical Record. 1915. März 27. p. 542.

Haas berichtet über ein fünfmonatliches Kind, welches wegen eines Gesichtsekzems ins Krankenhaus aufgenommen wurde. Kurz nach der Aufnahme ging der Prozeß in Form einer Panophtalmie auf die Augen über. Im Sekret aus dem Konjunktivalsack wurde der Staphylokokkus pyogenes aureus nachgewiesen.

Fritz Juliusberg (Posen).

Jadassohn, J. Psoriasis und verwandte Krankheiten. Med. Klinik. 1915. p. 1065.

Die Ursache der Psoriasis ist heute noch ganz ungeklärt; die Theorien des parasitären oder konstitutionellen Ursprungs haben zwar viel Bestechendes an sich, aber es fehlt an Beweisen. Im klinischen Bilde gibt es viele Abweichungen von der als typisch angenommenen Form: Manchmal kann starkes Jucken bestehen Die Form und Art der Einzelherde wechselt häufig. Man kann follikuläre, ganz kleinfleckige Formen, Papeln, die dem Lichen ruber planus gleichen, pustulöse Formen einhergehend mit hohem Fieber beobachten. Auch die Lokalisation weicht manchmal vom normalen Bilde ab, oft so, daß gerade die sonst verschonten Stellen befallen werden. Die Kombination von Psoriasis mit chronischer, meist deformierender Gelenksentzündung bietet ein schweres Krankheitsbild. Auffallend ist die Ähnlichkeit mit den hyperkeratotischen Exanthemen bei Tripperrheumatismus. Differentialdiagnostisch kann Syphilis in Betracht kommen, wenn Handflächen und Fußsohlen erkrankt sind oder bei gyrierten Formen. Seltener wird eine Verwechslung mit Lupus vulgaris, Pityriasis rosea, Lichen ruber planus, Trichophytien, Mykosis fungoides vorkommen. Die Beziehungen der Psoriasis zu den sebor-

rhoischen Ekzemen sind mannigfaltig; es kann Kombinationen beider geben, dann wieder Fälle, die den Eindruck der Psoriasis machen, aber die Lokalisation des seborrhoischen Ekzems haben und umgekehrt. Interessant, wenn auch praktisch infolge ihrer Seltenheit weniger wichtig sind die Formen der Parapsoriasis (Brocq). In der Behandlung der Psoriasis sind wesentliche Fortschritte nicht erzielt worden. Neben der internen Behandlung mit Arsen und vegetarischer Diät, deren Wirkung ungleich ist, ist die externe Behandlung mit Röntgenbestrahlung und Thorium-X zu erwähnen. Aber trotz aller Bemühungen ist bis jetzt keine Methode bekannt geworden, die vollkommene Rezidivfreiheit erreichen könnte.

Hugo Hecht (Prag).

Saalfeld, E. Sommerhautkrankheiten im Felde. Mediz. Klin. 1915. p. 773.

Wenn auch durch gewisse, vorzugsweise im Sommer vorkommende Hautkrankheiten selten gefährliche Zustände entstehen, so wird doch häufig durch die subjektiven Beschwerden die Dienstfähigkeit beeinträchtigt. Gegen Sonnenbrand wird Chin. bisulf., Terra di Siena $\overline{aa}$ 2·5, Zinkmattan ad 50·0 empfohlen. Lästig wirkt zu starke Schweißabsonderung, zumal da häufige Bäder nicht immer durchgeführt werden können. Häufig kommen Staphylokokkenerkrankungen der Haut vor, in erster Linie Furunkel und Impetigines. Auch Insektenstiche können sehr lästig werden; eine gutwirkende Prophylaxe ist bis jetzt nicht bekannt geworden. Am meisten wird noch Rauchen empfohlen.

Hugo Hecht (Prag).

Ward, Gordon. Herpes Zoster mit ungewöhnlicher Verteilung. The Lancet. 1915. Dezember 4. p. 1272.

Der Fall von Zoster, über den Ward berichtet, wies auf: einen kleinen Herd in der rechten Submaxillargegend, einen großen über der rechten Brustdrüse, einen kleinen etwas höher auf der linken Seite, hinten fünf kleine Herde, einen davon auf und viere hinter dem rechten Ohr, einen größeren Herd auf der rechten Schulter, einen kleinen über der linken Skapula nahe der Mittellinie und einen größeren über dem Winkel der linken Skapula.

Fritz Juliusberg (Posen).

Deaderick, W. H. Herpes zoster und Malaria. Medical Record. 1914. September 5. p. 421.

Deaderick berichtet über acht Fälle von Zoster, von denen fünf an Malaria erkrankt waren. Die kleine Serie ergab einen größeren Prozentsatz bei Weißen als bei

Negern, entsprechend der relativen Immunität der Neger gegen Herpes und viele andere Komplikationen der Malaria.
Fritz Juliusberg (Posen).

Weinstein, J. Ein Fall von Herpes zoster mit multiplen Symptomen, der in einem Stadium an eine Mastoiditis erinnerte. Medical Record. 1916. Januar 29. p. 194.

Bei der 20jährigen Patientin Weinsteins begann das Krankheitsbild mit einer Entzündung im Halse. Zwei Wochen später traten Schmerzen im Kopf, besonders hinter den Ohren auf. Die Untersuchung ergab ein Ödem über beiden Prozessus mastoidei. Am folgenden Tag dehnte sich das Ödem auf beide Augenlider und die Stirngegend aus und es erfolgte der Bläschenausbruch.
Fritz Juliusberg (Posen).

Engman, M. F. und *Davis*, R. Dermatitis herpetiformis. Bericht über einige mit Emetin behandelte Fälle. The Journal of the American Medical Association. 1916. Februar 12. p. 492.

Von der Ansicht ausgehend, daß die Dermatitis herpetiformis eine Toxämie darstellt, haben Engman und Davis spezielle Aufmerksamkeit den infektiösen Prozessen der Mundhöhle bei dieser Hauterkrankung zugewendet. Bei den Fällen, wo eine Pyorrhea alveolaris, ulzeriertes Zahnfleisch oder Eiterhöhlen um das Zahnfleisch sich fanden, wurde die zahnärztliche Chirurgie angewandt. Wo sich die Enamöba fand, wurde das Alkaloid Emetin subkutan gegeben. Die Verfasser berichten über vier derartig behandelte Fälle. Günstiger Erfolg der Emetinbehandlung. Fritz Juliusberg (Posen).

Cunningham, W. P. Ulcus cruris inveteratum, Medical Record. 1914. August 15. p. 291.

Nicht zum kurzen Referat geeignet.
Fritz Juliusberg (Posen).

Urbantschitsch, Ernst. Uber Hyperkeratosis lacunaris. Med. Klinik. 1915. p. 1228.

Bei dieser seltenen Erkrankung sind beide Gaumenmandeln mit einem scheinbaren Belage bedeckt, der sich nicht abstreifen läßt und sehr hart ist. Einzelne „Punkte" finden sich auch an anderen Stellen der Schleimhaut. Die Krankheit verläuft ohne Fieber und subjektiven Beschwerden. Histologisch handelt es sich um einen intensiven Verhornungsprozeß des lakunären Epithels. Der Verlauf ist chronisch, aber gutartig. Hugo Hecht (Prag).



Buchanzeigen und Besprechungen.

Brohmer, P. Sexuelle Erziehung im Lehrerseminar. Verlag von B. G. Teubner. Leipzig-Berlin. 1917. Preis M. 0.80.

Unter diesem Titel ist eine kleine Broschüre erschienen, in der der Verfasser seinen Standpunkt zur modernen Aufklärungstheorie darlegt. Er anerkennt ihre Zweckmäßigkeit und kritisiert sie nur insoweit, als er den Sexualunterricht nicht als ein neu einzuführendes Fach haben will, sondern in die Unterrichtsstunden der Biologie, Menschenkunde und Gesundheitspflege verlegt. In der Literatur lassen sich an das traurige Schicksal Hölderlins, van Huttens u. a. kurze Besprechungen über die Gefahren und Folgen der Geschlechtskrankheiten anreihen. Die Lehrstunde für Pädagogik enthalte einen Hinweis auf geschlechtliche Verirrungen im Kindesalter. Im Anschluß daran etwas Sexualstatistik. Der Unterricht beschränke sich auf das mündliche Verfahren.

Er hält weder den Arzt, noch auch den Geistlichen, sondern nur den Lehrer für den berufenen Aufklärer der Jugend, doch möchte er diesem durch außerseminaristische, ärztliche Kurse Gelegenheit schaffen, sich für seine Aufgabe entsprechend vorzubereiten. P.

Weichardt, W. Ergebnisse der Hygiene, Bakteriologie, Immunitätsforschung und experimentellen Therapie. Bd. II. Berlin, Julius Springer. 1917. Preis M. 88.—.

Der erste Band dieser neuen Form des Jahresberichtes über die Ergebnisse der Immunitätsforschung erschien 1914, war noch Friedensarbeit, der zweite Band steht deutlich unter dem Zeichen des Krieges in allen seinen Teilen und zeigt, wie vielfach die Wissenschaft sich dem Probleme des Krieges anzupassen hatte und wie sehr sie auch wieder hiebei gelernt hat. Dies zeigen Aufsätze wie die von Hesse und Seiffert über Hygiene im Stellungskriege und in Kriegsgefangenenlagern, von Fürst über Trinkwasserversorgung und improvisierte Desinfektion im Felde, von Reuter über Tierseuchen im Kriege. Von allgemeinem Interesse sind Arbeiten über die neueren Erfahrungen betreffend Dysenterie (E. Přibram u. Halle), anäerobe Wundinfektionen (Eugen Fränkel), Tuberkulose (H. Much), worin dieser auch eine willkommene Darstellung der von ihm begründeten Methode der Behandlung mit Partialantigenen gibt. Auf das Gebiet des sonst von Ärzten vernachlässigten, aber durch den Krieg in den Vordergrund gestellten Bevölkerungspolitik führen einleitende Aufsätze von Schallmayer (Rassehygiene) und Rott (Geburten-Häufigkeit, Säuglingssterblichkeit und Säuglingsschutz), sowie eine großzügige Betrachtung der Wirkung des Kriegs auf die Bevölkerung vom Konstitutionsstandpunkte aus von J. Tandler. Besonderes Interesse für den Dermatologen haben die Abhandlungen über den jetzigen Stand der Lehre vom Fleckfieber (Gotschlich) und der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten im Kriege



(Gennerich); sie werden vielen die sonst unter den jetzigen Verhältnissen kaum mögliche Übersicht über diese jetzt auch für die Praxis wichtigen Gebiete in willkommener Weise darbieten. P.

Bauer, Julius. Die konstitutionelle Disposition zu inneren Krankheiten. Berlin, Julius Springer, 1917. Preis M. 24.—, geb. M. 26.40.

Nachdem während der etwa ein Vierteljahrhundert dauernden Herrschaft der Bakteriologie die exogenen Krankheitsursachen das medizinische Denken vorwiegend beeinflußt hatten, macht sich jetzt eine Reaktion bemerkbar, die das hiebei so ganz verdrängte konstitutionelle Moment wieder zu Ehren bringt und sich bemüht, diesem Konstitutionsbegriffe den übeln Ruf der Verschwommenheit zu nehmen, indem es ihn durch genaue Beobachtungen auf eine exakte Basis stellt. Die einschlägigen Einzelarbeiten zusammenzufassen, ist Bauers Buch bestimmt, welches zunächst eine allgemeine Konstitutionspathologie gibt und dann die Beziehungen zwischen Infektionskrankheiten, chemischen und physikalischen Krankheitsursachen, sowie Neoplasmen einerseits und den verschiedenen Konstitutionen andererseits, erörtert. Im speziellen Teil werden dann die Beziehungen zwischen den einzelnen Organen und den verschiedenen Konstitutionsanomalien besprochen und es ist erstaunlich, welch' reiches Material von einschlägigen Beobachtungen da Bauer zusammengebracht und kritisch gesichtet hat. Blutdrüsen, Nervensystem, Blut- und Stoffwechsel, Skelett, synoviale und seröse Häute, Zirkulations-, Respirations- und Verdauungsapparat, endlich Harn- und Geschlechtsorgane werden so in einzelnen Kapiteln besprochen, den Schluß bilden die Anomalien und Erkrankungen des Hautorganes, wobei Bauer hervorhebt, daß die Erfahrungen der Dermatologen von allem Anfang an die Grundpfeiler der Diathesenlehre waren. Auch hier ist wieder die Fülle des Materials, welches bereits verstreut vorlag, überraschend und wenngleich noch vieles da sich dem Verständnis entzieht und B. in seinem Bemühen, ein solches zu eröffnen, oft in das Land der Hypothesen schweifen muß, so wird ihm doch jeder für die Fülle der Beobachtungen und deren kritische Sichtung dankbar sein, welche das schön ausgestattete Buch in so reichem Maße enthält. P.

Eppinger, Hans. Zur Pathologie und Therapie des menschlichen Ödems. Berlin, Julius Springer, 1917. Preis M. 9.—.

Ausgehend von den Unterschieden der Haut bei Basedowscher Krankheit und Myxödem hat Eppinger in milden Formen von konstitutionellem Hypothyreoidismus eine besondere Disposition zu Ödemen vermutet und in hartnäckigen, anderen Diuretizis trotzenden Fällen von chronischen Ödemen Schilddrüsensubstanz mit glänzendem Erfolge gegeben. Er hat dann diese schöne Beobachtung weiter klinisch ausgebaut durch genauere Feststellung von Indikationen und Kontraindikationen, weiterhin aber auch in sinnreichen Experimenten den Angriffspunkt der



Schilddrüsenwirkung festzustellen gesucht. Tierexperimente und Krankenbeobachtung sprechen dafür, daß der Schilddrüse ein Einfluß auf Kochsalzabgabe und Resorption im Unterhautzellgewebe zukommt, daß Schilddrüsenfütterung einen rascheren Austausch zwischen Gewebsflüssigkeit und Blut bewirkt und die Fähigkeit der Gewebe, Wasser und Salze festzuhalten, herabsetzt. Weitere Erwägungen führen dazu, eine krankhafte Durchlässigkeit der Kapillaren für Eiweiß anzunehmen, so daß dann Salze und Wasser durch kolloidale Körper festgehalten werden können. Wie man sieht, enthält das interessante Buch Eppingers eine ganz neue Auffassung der bisher einseitig auf die Nieren- und Herzwirkung aufgebaute Ödempathologie und verdient eingehendes Studium von Seite jedes Arztes, der sich mit der Physiologie und Biochemie der Haut beschäftigt. P.

Der Redaktion eingesandte Bücher.

(Besprechung fallweise vorbehalten.)

Pinkus, Prof. Dr. Felix. Die Einwirkung von Krankheiten auf das Kopfhaar des Menschen. Verlag S. Karger, Berlin 1917. Preis M. 8.—.

Kromayer, Prof. Dr. E. Repetitorium der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Verlag Gustav Fischer, Jena 1917. Preis brosch. M. 3.80, geb. M. 4.—.

Brohmer, Dr. P. Sexuelle Erziehung im Lehrerseminar. Verlag B. G. Teubner, Berlin 1917. Preis M. 0.80.

Orlowski, Dr. P. Die Schönheitspflege. Verlag C. Kabitzsch, Würzburg 1917. Preis br. M. 3.— geb. M. 3.60.

Francke, Dr. Karl. Die menschliche Zelle. Im Selbstverlag des Verfassers. München, Rückertstr. 2. 1917. Preis br. M. 5.—, geb. M. 6.—.

Manninger, John, Parassin. Beiträge zur Kriegsheilkunde. Erstes Jahrbuch des Kriegsspitals der Geldinstitute in Budapest. Verlag J. Springer, Berlin 1917. Preis geb. M. 28.—.

Varia.

Am 3. März hat Prof. **Blaschko,** Berlin, seinen 60. Geburtstag gefeiert. Die Redaktion des Archivs spricht dem langjährigen Generalsekretär, dem Mitbegründer und jetzigen Vorsitzenden der deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, der sich um die Hygiene die größten Verdienste erworben, aber auch auf rein dermatologischem Gebiete Großes geleistet hat, ihre wärmsten Glückwünsche aus.

Am 25. April feiert Prof. E. **Hoffmann,** Bonn, seinen 50. Geburtstag. Wir sprechen dem Leiter der Bonner Klinik und dem Herausgeber der dermatologischen Zeitschrift, dessen Namen mit der Entdeckung der Spirochaete pallida für immer verknüpft ist, zu diesem Lebensabschnitt unsere herzlichsten Glückwünsche aus.

Am 12. Mai feiert Prof. **Touton,** Wiesbaden, seinen 60. Geburtstag. Das Archiv ist stolz darauf, daß es die wichtigsten Arbeiten des verehrten Kollegen veröffentlichen konnte und gratuliert ihm herzlichst.

Habilitiert: Schönfeld (Würzburg), E. Nathan (Frankfurt a. M.).

Prof. Rille (Leipzig) wurde Titel und Rang eines Obermedizinalrats verliehen.

Privatdozent Dr. Harald Boas (Kopenhagen) wurde zum Leiter der Poliklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten, an Stelle des nach 26jähriger Tätigkeit zurückgetretenen Dr. Ludwig Nielsen, ernannt.

Geheimrat Doutrelepont (Bonn) ist am 30. April gestorben. (Nekrolog folgt.)



Begründet von H. Auspitz und F. J. Pick.

Referate.

Archiv
für
Dermatologie und Syphilis.

Unter Mitwirkung von

ALMKVIST (Stockholm), AMICIS (Neapel), BETTMANN (Heidelberg), BLASCHKO (Berlin), BRUCK (Altona), BRUHNS (Berlin), BUSCHKE (Berlin), CEDERCREUTZ (Helsingfors), CRONQUIST (Malmö), DOHI (Tokio), EHLERS (Kopenhagen), EHRMANN (Wien), FABRY (Dortmund), FREUND (Wien), FRIEBOES (Rostock), GALEWSKY (Dresden), GIOVANNINI (Turin), GROSZ (Wien), GROUVEN (Halle), HAMMER (Stuttgart), HARTTUNG (Breslau), HAUCK (Erlangen), HELLER (Berlin), HEUCK (München), HOCHSINGER (Wien), JANOVSKY (Prag), JESIONEK (Gießen), JOSEPH (Berlin), JULIUSBERG (Posen), KLOTZ (New-York), KOPYTOWSKI (Warschau), KRZYSZTALOWICZ (Krakau), KYRLE (Wien), LEDERMANN (Berlin), LEWANDOWSKY (Basel), LINSER (Tübingen), LUKASIEWICZ (Lemberg), MAJOCCHI (Bologna), MATZENAUER (Graz), MAZZA (Modena), MEIROWSKY (Köln), MERK (Innsbruck), du MESNIL (Altona), NOBL (Wien), OPPENHEIM (Wien), v. PETERSEN (Petersburg), PHILIPPSON (Palermo), PINKUS (Berlin), POSPELOW (Moskau), PROKSCH (Wien), RIECKE (Leipzig), RILLE (Leipzig), ROSENTHAL (Berlin), SCHÄFFER (Breslau), H. E. SCHMIDT (Berlin), SCHOLTZ (Königsberg), SCHUMACHER II. (Aachen), SCHÜTZ (Frankfurt a. M.), SEIFERT (Würzburg), SPIETHOFF (Jena), STERN (Düsseldorf), TÖRÖK (Budapest), TOMASCZEWSKI (Berlin), TOUTON (Wiesbaden), ULLMANN (Wien), VIGNOLO-LUTATI (Turin), VÖRNER (Leipzig), VOLLMER (Kreuznach), WAELSCH (Prag), v. WATRASZEWSKI (Warschau), WECHSELMANN (Berlin), WINTERNITZ (Prag), v. ZEISSL (Wien), ZINSSER (Köln), v. ZUMBUSCH (München)

und in Gemeinschaft mit

Arndt, Straßburg, Arning, Hamburg, Bloch, Zürich, Czerny, Berlin, Finger, Wien, Herxheimer, Frankfurt a. M., Hoffmann, Bonn,
Klingmüller, Kiel, Kreibich, Prag, v. Noorden, Frankfurt a/M., Riehl, Wien, Veiel, Cannstatt, Zieler, Würzburg

herausgegeben von

J. Jadassohn, Breslau und W. Pick, Wien.



CXXV. Band, 3. Heft.

Wien und Leipzig.
Wilhelm Braumüller,
Universitäts-Verlagsbuchhandlung (G. m. b. H.).
1919.

Januar 1919.

Inhalt:

Originalabhandlungen:

Sitzungsberichte:

Fachzeitschriften:

Periodische Literatur:

Buchanzeigen und Besprechungen:

Varia:

Vom Archiv für Dermatologie und Syphilis erscheinen jährlich 2—3 Bände zum Preise von Mk. 40.— = K 48.—. Der Originalteil erscheint in zwangloser Folge, der Referatenteil allmonatlich in Heften von wechselndem Umfang. 72 Bogen bilden einen Band. Kostspielige Tafeln werden einem Bogen gleich berechnet. In allen Redaktionsangelegenheiten wolle man sich an Geheimrat Jadassohn (Breslau XVI, Maxstraße 1) oder Privatdozent Dr. Walther Pick (Wien I., Plankengasse 6) wenden.

Die im Archiv erscheinenden Tafeln werden auch in losen Exemplaren für Projektionszwecke zum Preise von 10—20 Pf. pro Tafel im Abonnement abgegeben. Bestellungen durch die Verlagshandlung Wilhelm Braumüller, Wien IX/1, Servitengasse 5.

Archiv für Dermatologie u. Syphilis. Berichtteil.
Bd. CXXV. Heft 3.

Die Leukozytenformel verschiedener Hauteffloreszenzen.

Von M.U.Dr. **Hugo Hecht.**
Prag.

Hoke hat systematisch das Blut von Tuberkulinpapeln untersucht, indem er gleichzeitig das Körperblut zum Vergleich heranzog. Es zeigte sich mehr oder minder starke Lymphozytose; die Eosinophilen ergaben normale Werte. Eine prognostische Bedeutung konnte dieser Feststellung nicht zugesprochen werden. Schon früher hat Deals im ersten Blutstropfen tuberkulöser Hautherde eine starke Vermehrung der Lymphozyten gegenüber den Zahlen des Körperblutes festgestellt.

Es handelte sich bei meinen Untersuchungen vor allem um den diagnostischen Wert einer eventuell nur den tuberkulösen Hauteffloreszenzen zukommenden Lymphozytose. Es ist oft ohne histologische Untersuchung schwer, die tuberkulöse Natur fraglicher Hauterscheinungen festzustellen. Tuberkulininjektion oder Tuberkulinimpfung lassen oft im Stich. Besonders Wichmann hat sich sehr bemüht, unsere diagnostischen Hilfsmittel in dieser Bemühung zu ergänzen. Deshalb habe ich vorwiegend Hauttuberkulosen untersucht. Es wurde im allgemeinen Hokes Technik eingehalten. Die zu untersuchende Hautstelle wird mit Äther gereinigt und mit einem spitzen Messerchen ein tiefer Schnitt geführt, der aber nirgends in normale Haut reichen darf. Der erste hervorquellende Blutstropfen wird auf einem Objektträger verstrichen. Zum Vergleiche untersucht man in jedem Falle auch einen aus der Fingerbeere durch Einstich gewonnenen Blutstropfen. Zur Färbung wurden Jenner-, Leishman-





oder Giemsalösung verwendet und 100 bis 300 weiße Blutzellen gezählt.

Der Blutbefund geht begreiflicherweise parallel mit den histologischen Veränderungen. Wo solche nicht oder nur vorübergehend vorhanden sind, kann man abnorme Leukozytenzahlen nicht erwarten. Das bestätigen Untersuchungen an Syphilis-Roseolen, Typhus-Roseolen, frischem Ekzem, Herpes u. dgl. Die Zahlen, gewonnen aus Untersuchungen des Hautherdes und des Körperblutes, sind fast identisch (1).

Bei papulöser Syphilis findet man zum Teil keine Unterschiede (2), zum Teil eine geringe Vermehrung der Lymphozyten im Herde (3, 4, 5). Nach Abheilung der Papeln kehren die Werte zur Norm zurück (6, 7). Diese Befunde entsprechen dem histologischen Bilde. Bei ganz frischen Papeln besteht das Infiltrat aus lauter Rundzellen; nach einiger Zeit treten reichlich Plasmazellen auf. Je weiter die Heilung fortschreitet, desto mehr schwindet das kleinzellige Infiltrat.

Auch bei gummöser Syphilis findet sich eine leichte Lymphozytose im Hauptherd (8, 10), die nach Rückbildung des Infiltrates schwindet und normalen Verhältnissen Platz macht (9, 11).

Dagegen findet man bei typischem Lupus vulgaris stets eine bedeutende Vermehrung der Lymphozyten im Lupusherd; diese betragen oft die Hälfte oder drei Viertel der Gesamtleukozytenzahl. Im Verhältnis zu den Zahlen des Körperblutes sind sie im Herd oft verdoppelt (12, 13, 14, 15, 16, 18). Histologisch erklärt sich dieser Befund aus der großen Menge von Rundzellen, die durch die entzündliche Reizung die Herde epitheloider Zellen umgeben und später durchdringen. Bei einem ganz frischen Fall fehlen diese Rundzellen oder sind geringer ausgesprochen, wie in unserem Falle von Lupus disseminatus (17), wo stecknadelkopfgroße Herde vorhanden waren; die histologische Untersuchung ergab in diesem Falle ein geringes Infiltrat bei sonst typischem Befund.

In etwas dicker gestrichenen Blutpräparaten findet



man bei Lupus vulgaris stellenweise Haufen von 50 bis 100 weißen Blutzellen, die ausschließlich oder fast ausschließlich aus Lymphozyten bestehen, so daß deren Vermehrung sofort augenfällig wird.

Bei papulonekrotischen Tuberkuliden ist die Lymphozytose nicht so ausgesprochen wie beim Lupus, aber immerhin deutlich. Das entspricht auch der Histologie dieses Krankheitsbildes, dessen Zugehörigkeit zur Hauttuberkulose noch bestritten wird. Tuberkelbazillenbefunde sind äußerst selten, Tuberkelknötchen nicht vorhanden. Bei dem klinisch so ähnlichen Exanthema folliculare acneiforme (Veress) ist der Lymphozytenbefund im Herd vollkommen dem des Gesamtblutes gleich (22, 23, 24, 25).

Auch bei der Acne cachecticorum ähneln die Knötchen oft denen des papulonekrotischen Tuberkulids. Neben Knötchen sieht man aber häufig bis guldengroße, weiche, hie und da vereiternde Infiltrate. Der Blutbefund der Akneknötchen und Infiltrate weicht von dem normalen kaum ab (26); dieser Fall hatte folliklisähnliche, erbsengroße Knötchen.

Von Tuberculosis verrucosa cutis (27, 28) konnten nur zwei Fälle untersucht werden; der eine hatte einen typischen Herd am Handrücken und in der Mitte des Unterarmes ein auf lymphangoitischem Wege entstandenes Skrophuloderma. Eine auffällige Lymphozytose war nicht zu beobachten. Auch bei Skrophulodermen (28, 29) ergab sich nichts Besonderes. Zur Untersuchung wurde stets das Randinfiltrat benützt.

Das Gleiche gilt für Lupus erythematodes (30, 31, 32). Seine Natur ist noch nicht geklärt; während besonders in letzter Zeit mehrere Autoren für den tuberkulösen Ursprung eintraten, sind andere für strenge Scheidung. Erstere stützen sich auf das Vorkommen von Übergangsformen und gleichzeitiges Vorkommen von Drüsenerkrankungen. Der Blutbefund ist bei den wenigen Fällen, die ich untersuchen konnte, nicht einheitlich.

Psoriasis (33, 34, 35, 36) zeigte in einem Falle ausgesprochene Lymphozytose im Herde, sonst aber fast normale Verhältnisse.



Zahl	Diagnose	Lymphoz.		Übergangsf.	Leukozyten			
		kleine	große		neutroph.	eosinoph.	basophile	
1	Roseola syph. .	21	—	10	69	—	—	—
	Blut . . .	21	—	9	69	1	—	—
2	Lues pap.-squ.	31	—	7	53	9	—	frische breite Infiltrate
	Blut . . .	28	—	7	55	10	—	—
3	Lues papulosa	23	—	12	60	5	—	einzelne bis $^1/_2$ L große
	Blut . . .	13	—	11	73	3	—	Papeln am Stamm
4	Lues papulosa	53	—	10	36	1	—	unbehandelt, reichlich
	Blut . . .	38	—	17	43	2	—	hellergr., hohe Infiltrate
5	Lues papulosa	34	—	3	63	—	—	unbehandelt
	Blut . . .	24	—	4	72	—	—	
6	Fall5,behandelt	24	—	2	74	—	—	nach 8 Hg-Injektionen
	Blut . . .	33	—	5	62	—	—	1·5 *g* Neosalvarsan
7	Lues papulosa	35	—	11	54	—	—	fast abgeheilt
	Blut . . .	37	—	11	52	—	—	
8	Lues gummosa	46	—	7	45	2	—	unbehandelt
	Blut . . .	31	—	5	62	2	—	
9	Fall 9, beh. .	36	—	3	60	1	—	nach 8 Injektionen
	Blut . . .	33	—	2	64	1	—	1·2 *g* Neosalvarsan
10	Lues gummosa	32	1	8	58	4	1	seit 12 Jahren bestehend,
	Blut . . .	24	1	11	60	4	—	unbehandelt
11	Lues gummosa	39	—	10	50	1	—	geheilt nach der
	Blut . . .	31	—	9·5	57·5	1·5	0·5	Behandlung
12	Lupus vulg. .	55	2	6	34	3	—	—
	Blut . . .	24	—	4	70	2	—	—
13	Lupus vulg. .	65	1	10	24	—	—	—
	Blut . . .	29	—	10	61	—	—	—
14	Lupus vulg. .	75	6	1	17	1	—	—
	Blut . . .	35	3	5	53	1	1	—
15	Lupus vulg. .	54	2	1	43	—	—	—
	Blut . . .	20	2	1	76	—	1	—
16	Lupus vulg. .	54	4	6	33	3	—	—
	Blut . . .	25	1	6	66	2	—	—
17	Lupus vulg. .	35	—	12	48	5	—	Lupus disseminatus
	Blut . . .	26	—	7	63	4	—	
18	Lupus vulg. .	54	—	5	35	6	—	fraglicher Fall gewesen
	Blut . . .	36	1	4	54	4	1	
19	Folliklis . . .	54	1	5	36	4	—	—
	Blut . . .	45	1	4	45	5	—	—

Zahl	Diagnose	Lymphoz. kleine	Lymphoz. große	Übergangsf.	Leukozyten neutroph.	Leukozyten eosinoph.	Leukozyten basophile	
20	Folliklis . . .	48	4	9	38	1	—	bei kachektischem, heim-
	Blut . . .	28	1	16	52	2	1	gekehrtem Gefangenen
21	Folliklis . . .	39	1	7	52	1	—	Mann mit
	Blut . . .	33	1	8	58	—	—	Lungentuberkulose
22	Ex. foll. akneif.	30	—	17	47	6	—	—
	Blut . . .	27	—	13	57	3	—	—
23	Ex. foll. akneif.	38	—	—	61	—	1	—
	Blut . . .	36	—	—	63	1	—	—
24	Ex. foll. akneif.	28	7	6	49	9	1	groß. stark. Mann, wenige
	Blut . . .	31	4	7	40	13	—	Knötchen um die Ellenb.
25	Ex. foll. akneif.	33	1	8	54	4	—	sehr ausgebreitet am ganz.
	Blut . . .	34	—	12	50	4	—	Körper eines Heimgek.
26	Acne cachect.	21	—	6	68	5	—	—
	Infiltrat . . .	20	—	10	67	6	—	—
	Blut . . .	16	—	5	70	9	—	—
27	Tub. verr. cut.	30	—	5	65	—	—	—
	Blut . . .	17	—	7	76	—	—	—
28	Tub. verr. cut.	27	2	7	59	4	1	—
	Skrophuloder.	37	1	3	58	1	—	—
	Blut . . .	35	—	8	54	2	1	—
29	Skrophuloder.	31	—	17	50	2	—	in Heilung begriffen,
	Blut . . .	30	2	10	58	—	—	Lymphom. colli tuberc.
30	Lup.erythemtd.	37	14	4	43	2	—	—
	Blut . . .	21	13	4	58	4	—	—
31	Lup.erythemtd.	47	2	14	33	4	—	—
	Blut . . .	35	1	13	40	10	1	—
32	Lup.erythemtd.	47	4	3	39	6	1	—
	Blut . . .	54	1	4	32	9	—	—
33	Psoriasis . . .	17·5	—	11·5	68·5	2·5	—	—
	Blut . . .	21	—	11	65	2	1	—
34	Psoriasis . . .	39	—	17	43	1	—	frische, linsengroße
	Blut . . .	32	—	19	48	1	—	Herde
35	Psoriasis . . .	19	—	10	57	14	—	—
	Blut . . .	42	—	11	41	6	—	—
36	Psoriasis . . .	47	—	11	36	6	—	großfleckig, stark schup-
	Blut . . .	29	—	12	57	2	—	pend, sehr infiltriert
37	Psorospermosis	41	12	2	45	—	—	—
	Blut . . .	41	—	4	55	—	—	—

Wenn man die allerdings verhältnismäßig bescheidene Zahl der untersuchten Fälle zusammenfaßt, so ergibt sich für den Lupus vulgaris der typische Befund einer Lymphozytose im Herde. Auch die Tuberkulide zeigen zum Teil eine Vermehrung der Lymphozyten. Ich glaube, daß bei einiger Vorsicht das Ergebnis derartig vergleichender Untersuchungen in einem tuberkulose verdächtigen Hautherd als differentialdiagnostisches Hilfsmittel herangezogen werden kann: starke Vermehrung der Lymphozyten spricht für Tuberkulose.

Verhandlungsberichte.

Berliner dermatologische Gesellschaft.

Außerordentliche Sitzung vom 16. Juni 1914.

(Demonstrationsabend im Rudolf Virchow-Krankenhaus. Dermat. Abt. des Herrn Prof. Dr. Wechselmann.)

1. Herr W. Wechselmann: Demonstrationen zur reinen Salvarsantherapie der Syphilis. W. ist der Meinung, daß die kombinierte Behandlung keinesfalls bessere Resultate ergibt als die reine Salvarsantherapie, da er bei vielen Hunderten von Fällen ein Negativwerden der Wassermannschen Reaktion durch die reine Salvarsanbehandlung erzielt habe. Für die intraglutaeale Injektion des Neosalvarsans empfiehlt W. die epifasziale Injektion, um Nekrosen zu vermeiden, die bei Injektion in den Muskel selbst häufig vorkommen.

2. Herr Eicke zur Sero- und Liquordiagnostik bei Syphilis. Sein Bestreben geht dahin, jeden Syphilitiker 1. frei von Erscheinungen zu machen, 2. seine positive Serumreaktion in eine negative zu verwandeln und 3. da eine meningeale Infektion schon sehr frühzeitig einsetzen kann, auch die Spinalflüssigkeit mit allen uns zu Gebote stehenden Methoden negativ reagierend zu machen. Die Methodik selbst unterscheidet sich wenig von der von Sachs in Frankfurt a. M. ausgeübten, nur arbeitet die-



selbe mit 0·25, also mit 1/4 Dosen, außerdem wird das Serum 10fach verdünnt. Eickes Methodik unterscheidet sich noch insofern von der Originaltechnik, als sie eine quantitative ist, d. h. der Gehalt jedes Serums an Hemmungskörpern wird austitriert. Es gibt das die Möglichkeit, schon frühzeitig einen Behandlungseinfluß zu erkennen. E. verbreitet sich noch ausführlich über die Reaktionen der Spinalflüssigkeit und hält sich für berechtigt, jeden Syphilitiker zu punktieren, denn er erwartet, daß die Liquorforschung die Therapie der Syphilis bedeutend fördern wird.

3. Herr G. Arnheim: Hautveränderung bei Scharlach. (Demonstration mikroskopischer Präparate.) Die in der Haut zurückgebliebenen Erreger haben beim Scharlach stark reizende Eigenschaften, indem sich an einzelnen Partien vermutlich um sie entzündliche Herde bilden. Von Mikroorganismen fanden sich fast stets kleine Kokken, Diplokokken und Streptokokken.

Sitzung vom 14. Juli 1914.

Erwin Franck, Berlin (als Gast). Vorstellung eines Falles von Alopecia universalis traumatica. Ein Arbeiter erlitt beim Sturz vom Dach einige Rippenbrüche. Im Anschluß an diesen Unfall entwickelte sich eine totale Alopekie, für welche F. die Bezeichnung „Alopecia neurotica“ vorschlägt.

Aussprache. Herr R. *Ledermann* hat nur zweimal Fälle von Alopekie gesehen, die nach einem Trauma entstanden waren.

Herr *Heller* meint, daß es sich im vorliegenden Falle nicht um Alopecia areata handle und erwähnt aus der Literatur 2 Fälle von Alopecia totalis nach dem Erdbeben von Messina.

Herr *Rosenthal* macht darauf aufmerksam, daß noch Fälle von traumatischer Alopekie nach peripheren Nervenverletzungen veröffentlicht worden sind.

Herr *Sprinz* bemerkt, daß aus der Klinik Nobl im vorhergehenden Jahre ein entsprechender Fall beschrieben worden ist.

Herr *Pinkus.* Der Noblsche Fall hat gar keine Verletzung erlitten, sondern ist nur durch Schreck haarlos geworden; P. hat aber einen Fall gesehen, bei welchem die Alopekie nach einer Verbiegung der Lendenwirbelsäule aufgetreten war.

Herr Herm. Isaac. 1. Psoriasis vulgaris linguae (Krankendemonstration).

2. Ein Fall von Lichen ruber planus der Mundschleimhaut (Krankendemonstration).

Herr Sprinz: Ein Fall von Pseudopelade (Brocq). Es ist zweifelhaft, ob es sich um Lupus erythematodes oder Pseudopelade handelt, jedoch ist die letztere wahrscheinlicher.



Herr R. Ledermann: Ein Fall von multipler Gelenkerkrankung bei kongenitaler Lues (Krankendemonstration). Es handelt sich hier um die seltene kongenital-syphilitische sog. synoviale Gelenkentzündung, bei der im wesentlichen die Gelenkbänder beteiligt sind.

Herr F. Pinkus: Demonstration. P. hat mit Primeln bei sich keine Dermatitis erzeugen können und glaubt im Gegensatz zu Rost, daß zur Entstehung der Primeldermatitis eine besondere Empfindlichkeit erforderlich ist.

Herr C. A. Hoffmann: 1. Ein Fall von Pili annulati.

2. Ein Fall von Atrophie der rechten Gesichtsseite, des rechten Armes und rechten Beines mit Sklerodermie der zugehörigen Hautdecke.

Sitzung vom 12. Oktober 1915.

1. Herr Heller: Einige klinische und therapeutische Erfahrungen an geschlechtskranken Soldaten. Für alle Geschlechtskrankheiten muß von vornherein festgestellt werden, daß der klinische Verlauf in den bisher zur Behandlung gekommenen Fällen durchaus günstig war. Die Häufigkeit des Ulcus molle ist ebenso wie in anderen Kliniken zurückgegangen. Bei der Syphilis ist der Spirochätennachweis zu fordern, wenn die klinischen Erscheinungen nicht zur absolut sicheren Erkennung ausreichen. Ist der Spirochätennachweis nicht sicher geglückt, so ist exspektatives Verhalten angezeigt. Die Allgemeinbehandlung der Syphilis ist wohl am besten eine gemischte: Salvarsan und Quecksilber. Bei der Gonorrhoe hat die Vakzine-Behandlung wenig geleistet, auch die Erfolge der Diathermie-Behandlung und der Einlegung von Heizsonden sind skeptisch zu beurteilen. Bei chronischen Gonorrhoen und Urethritiden muß der Arzt streng darauf achten, ob eine Lazarettbehandlung erforderlich ist oder nicht, da diese Fälle die Lazarette unnötig belasten und die kriegsverwendungsfähigen Mannschaften der Truppe entziehen.

2. Herr Rosenthal: Über einige wichtige Fragen bei der Behandlung geschlechtskranker Soldaten, besonders über die Bedeutung der Wassermannschen Reaktion. Den Standpunkt, die Wassermannsche Reaktion als alleinigen Maßstab für unser therapeutisches Handeln zu betrachten, kann R. nicht anerkennen, sondern man muß unbedingt auf den einzelnen Fall eingehen, auf die klinische Beobachtung und ganz



besonders auf die Bewertung des Betreffenden für seine militärische Brauchbarkeit. Bei der Gonorrhoe hat R. 2 tödlich verlaufende Fälle von septischer Gonokokkämie bei Soldaten beobachtet.

Aussprache. Herr E. *Lesser* möchte die Fälle mit nur positiver W.-R. nicht behandelt wissen, bei denen die Infektion 10 Jahre oder mehr zurückliegt, bei Fällen $^1/_2$ oder $^3/_4$ Jahr nach der Infektion würde er eine Behandlung für wünschenswert halten.

Herr *Blaschko.* Es ist immer wieder das ganze klinische Gesamtbild, das im Zusammenhange mit der Wassermannschen Reaktion ausschlaggebend für die Therapie sein muß.

Herr *von Wassermann.* Im Interesse der Volksgesundheit und Volksvermehrung möchte W. davor warnen, eine positive Seroreaktion zu leicht zu beurteilen.

Herr *Lewitt* berichtet über seine Erfahrungen im Lazarett, besonders über Bettnässen, über Syphilisbehandlung mit Embarin und Hg. salicylicum und einen Fall von galoppierender Syphilis.

Herr *Ledermann.* Intermittierende Kuren, wie intermittierende Blutuntersuchungen sind möglichst lange fortzusetzen. Kranke im latenten Stadium können ambulant mit Hg- und Salvarsan-Einspritzungen behandelt werden.

Herr *Mosler* erwähnt eine Anzahl von Fällen innerer Erkrankungen, bei welchen erst die W.-R. die Diagnose ermöglichte.

Herr *Schuster* berichtet über einen Fall von syphilitischer Nervenerkrankung.

Herr *Baum.* Besonders bei positiver W.-R. wird man im allgemeinen im Frühstadium der Lues auch ohne Erscheinungen auf den Wunsch des Patienten diesem das Recht auf Behandlung einräumen müssen.

Herr H. E. *Schmidt* hat manche chroniche Fälle mit Hilfe der Diathermie gonokokkenfrei bekommen.

Herr *Rosenthal* (Schlußwort) rühmt im Gegensatz zu Lesser das Oleum cinereum und ist mit Wassermann einverstanden über die Bedeutung der W.-R. für das Volkswohl, hauptsächlich ist aber nach dem Kriege für eine entsprechende Behandlung der Kriegsteilnehmer zu sorgen.

Herr *Heller* (Schlußwort) verlangt, daß jeder einzelne Mann sein persönliches Interesse zum Opfer bringt und das allgemeine staatliche Interesse zuerst berücksichtigt.

Sitzung vom 5. Dezember 1916.

Herr E. Lesser: Gedenkrede auf Albert Neisser

Krankendemonstrationen: Herr Franz Blumenthal: 1. Tumorbildende Erkrankung der Brusthaut mit Schimmelpilzbefund. 2. Acrodermatitis chronica atrophicans mit sklerodermieähnlichen Veränderungen.

Herr L. Pulvermacher: 1. Lichen sclerosus primitivus. 2. Arsenmelanose bei einem Falle von Lichen ruber acuminatus. 3. Multiples Xanthom in Geschwulstform (Fibromata xanthomatosa). 4. Anatomischer Befund in einem Fall von Recklinghausenscher Krankheit (Neurofibromatosis).



Sitzung vom 13. März 1917.

Herr A. Blaschko stellt 2 Fälle von Acne cornea vor, wie sie häufig durch Schmieröl hervorgerufen werden; ferner einen Fall von Purpura annularis Majocchi oder Spätsyphilis.

Herr R. Ledermann: Fall von Lupuskarzinom.

Herr Arthur Alexander: Kurze Demonstration mikroskopischer Lichen sclerosus-Präparate.

Herr Heller: Fall von Bagdadbeule.

Herr Heller: Über Provokation von Gonokokken durch intravenöse Einspritzung von Gonokokkenvakzinen. Die intravenösen Einspritzungen von Arthigon und Gonargin haben einen erheblichen diagnostischen Wert zur Entscheidung der Frage, ob ein an Tripper erkrankter Soldat aus dem Lazarett entlassen werden kann oder eine Verlängerung der Lazarettbehandlung erforderlich ist. Die Zahl der positiven Provokationsfälle beträgt ungefähr 15%. Arthigon wird 0·3 und Gonargyn nicht unter 10 Millionen Keimen eingespritzt. Einspritzung von 1% Protargol- oder 1% Cholevallösung bringen meist in 6—8 Tagen die Gonokokken wieder zum Schwinden.

Aussprache. Herr *Bruhns* mißt den Temperatursteigerungen nach intravenösen Arthigoneinspritzungen einen diagnostischen Wert bei.

Herr *Sprinz* bestätigt Hellers Erfahrungen, hat aber im Anschluß an die provokatorischen Einspritzungen das Auftreten gonorrhoischer Gelenkerkrankungen mit Nebenhodenentzündungen beobachtet und deshalb die Einspritzungen wieder aufgegeben.

Herr *Rosenthal* mahnt zur Vorsicht bei den provokatorischen Einspritzungen, sowohl in deren Bewertung, als auch wegen der Nebenwirkungen.

Herr *Ledermann* wendet die Gonokokkenvakzine zur Unterstützung der Behandlung von Prostatitiden, Epididymitiden und Tripperrheumatismus an.

Herr *Heller* (Schlußwort) hat in 800 Fällen keine Nebenwirkungen beobachtet.

Frau M. Kaufmann: Sind Tabiker beziehungsweise Paralytiker noch infektiös? Tabes- und Paralyse-Kandidaten scheinen sich in Bezug auf Infektiosität genau so zu verhalten wie andere Syphilitiker, d, h. die Infektiosität besteht hauptsächlich innerhalb der ersten 5 Jahre nach der Infektion. Spätübertragungen sind nicht ausgeschlossen, aber sicher sehr selten. Ein Fall von Kontaktübertragung durch einen bereits tabisch, bzw. paralytisch erkrankten Patienten ist nicht bekannt.

Aussprache. Herr *Bruhns* bestätigt diese Ausführungen.

Herr *Blaschko* erwähnt einen Fall von Spätübertragung 14 Jahre nach der Infektion.



Sitzung vom 8. Mai 1917.

Herr L. Pulvermacher: Zur Frage des Spät-Ikterus nach Salvarsanbehandlung. Die in der Charité-Poliklinik (1916/17) bei Syphilitikern zur Beobachtung gelangten Fälle von Ikterus mehrere Wochen nach kombinierter Quecksilber-Neosalvarsankur sind nicht im einseitigen Sinne als „Spätikterus" nach Salvarsan, als von diesem verursacht aufzufassen, sondern in ihrer Häufung durch zeitliche, örtliche und individuelle Verhältnisse mitbedingt, wobei der Salvarsanfaktor als prädisponierendes Moment mitwirken kann. Das Quecksilber spielt dabei keine Rolle. Eine stoffliche Kumulation des Salvarsans in der Leber nach Monaten als Ursache einer parenchymatösen toxischen Hepatitis oder eine Cirrhosis praecox ist nicht erwiesen.

Aussprache. Herr *Heller* hat in der ersten Zeit der Salvarsantherapie recht schwere Fälle von Ikterus gesehen, während er jetzt kaum welche hat beobachten können, allerdings wendet er bei einer ganzen Kur nur 0·8 Neosalvarsan, auf 3 Einspritzungen verteilt, an.

Herr *Isaac* berichtet über einen sehr schweren Fall von Ikterus nach Hg und Salvarsanbehandlung.

Herr *Pinkus* schließt sich Pulvermacher an, daß die Ursache des Ikterus bei salvarsanbehandelten Patienten eine einfache Magen-Darmstörung ist.

Herr *Rosenthal* nimmt Bezug auf den von ihm veröffentlichten Fall von Arsenmelanose nach Salvarsan und meint, daß vielleicht die Ursache der zahlreichen Ikterusfälle in der einen Klinik, während sie in anderen äußerst spärlich sind, an der zu hohen Dosierung des Salvarsans liege. Eine kumulative Wirkung des Salvarsans findet absolut statt und eine Depotbildung in der Leber und in anderen Organen. Deshalb soll man bei Patienten mit Ikterus vorläufig von jeder spezifischen Behandlung Abstand nehmen und erst nach allergenauester Untersuchung sich über die Behandlungsart entscheiden.

Herr *Bruhns* gibt dem Salvarsan keine Schuld am Ikterus und behandelt auch nach Ablauf desselben ruhig mit Salvarsan weiter.

Herr *Pulvermacher* (Schlußwort). Die Frage, ob das Salvarsan die Ursache des sogenannten Spätikterus ist, ist von großer Tragweite. Auf Grund der von ihm beobachteten Berliner Fälle ist er nicht in der Lage, sie in ursächlichen Zusammenhang mit dem Salvarsan zu bringen und kann er nur die Schaffung einer Disposition konzedieren.

Wiener dermatologische Gesellschaft.

(Offizielles Protokoll.)

Sitzung vom 8. November 1917.

Vorsitzender: Ehrmann. Schriftführer: Stein.

Ehrmann hält einen warm empfundenen Nachruf für den am 15. August 1917 verstorbenen Prof. Stefan Weidenfeld.

Sachs demonstriert:



1. Den bereits in der Sitzung vom 21./VI. d. J. vorgestellten Patienten mit dem Krankheitsbilde der gonorrhoischen Hyperkeratose beider Fußsohlen und Arthritis beider Knie- und Sprunggelenke. Nach intravenösen Injektionen von Gonargin, als letzte Dosis 1200 Millionen, ist die Hyperkeratose an beiden Fußsohlen ohne Lokalbehandlung vollständig abgeheilt, die Arthritis bis auf eine geringe Schwellung in den Sprunggelenken so weit gebessert, daß Pat. jetzt nahezu beschwerdefrei gehen kann. Die zur Zeit der Spitalsaufnahme bestandene Urethritis und Prostatitis ist gleichfalls vollständig abgeheilt. Die Komplementbindungsreaktion ergab ein negatives Resultat. Die histologische Untersuchung einer vom linken Fußrücken exzidierten Effloreszenz zeigte wohl das Bild einer entzündlichen Hyperkeratose, welche nur eine gewisse Ähnlichkeit mit Psoriasis vulgaris aufweist. Im Schnitt konnten keine Gonokokken gefunden werden, wohl aber in kleinen Hohlräumen des verbreiterten Stratum corneum und reticulare Staphylokokken.

Um den Effekt des Gonargins bei einer klinisch einwandfreien Psoriasis zu prüfen, habe ich zwei Fälle mit intravenösen Gonargininjektionen behandelt. In dem einen war nach 1000 Millionen Keimen nicht die geringste Änderung des Krankheitsbildes zu verzeichnen, in dem zweiten Falle ist die Behandlung zwar noch nicht abgeschlossen, hat aber bis nun gleichfalls keinen Einfluß erkennen lassen. Eine mit intramuskulären Milchinjektionen behandelte Psoriasis zeigte gleichfalls keine Veränderung.

2. Einen 20jährigen Patienten, welcher durch Platzen einer Mine im Gesicht, auf der Haut des Stammes, der oberen und unteren Extremitäten durch Steinsplitter verletzt wurde. Diese Steinsplitter sind nun mit größter Gewalt und auch in tiefere Schichten eingedrungen. Ein Teil dieser Splitter ist noch in der Haut deutlich zu fühlen, ein großer Teil wurde operativ entfernt, ein anderer durch Eiterung ausgestoßen, daher die zahlreichen Narben. Eine von Friedenszeiten bekannte und von Ehrmann beschriebene analoge Erkrankung kommt bei Mühlsteinschleifern vor.

Oppenheim. Die Veränderungen des vorgestellten Falles, die durch Steinsplitter hervorgerufen sind, entsprechen nicht dem als Müllerhand beschriebenen Hautstigma. Die Veränderungen bestehen, wie eine meiner Sammlung beruflicher Hautkrankheiten angehörige Moulage der Klinik Hofrat Finger zeigt, in schwarzbraunen und braunen epheliden-ähnlichen Flecken, deren Zahl auf der Haut des Vorderarmes immer spärlicher wird, je weiter sie vom Handrücken entfernt sind. Diese Flecken sind Einsprengungen von Stahlteilchen, welche vom Meißel beim Behauen der Mühlsteine in glühendem Zustande abspringen, die Oberhaut perforieren und sich im Bindegewebe wie Kohlenteilchen einlagern.



3. einen 23 Jahre alten Infanteristen mit einem auf der Beugefläche des rechten Ober- und Unterschenkels lokalisierten weichen, einer Elephantiasis ähnlichen Nävus. Die Affektion hat sich angeblich erst vor 4 Jahren entwickelt, in der frühesten Kindheit bestand nach Angabe des Pat. auf der Beugefläche des linken Oberschenkels ein ungefähr fünfkronenstückgroßes, pigmentiertes Muttermal. Dieser Nävus läßt sich nach Art einer Cutis laxa von der Unterlage abheben, ist braun gefärbt, fühlt sich weich an, als ob Fettläppchen zu tasten wären, andererseits hat man den Eindruck, als ob sich eine Flüssigkeit auspressen ließe. Die histologische Untersuchung ergab das Bild eines Bindegewebsnävus, an einzelnen Stellen hat das embryonale Bindegewebe den Charakter eines Granulationsgewebes, an anderen Stellen sieht man noch Reste des kollagenen Gewebes mit elastischen Fasern, während diese in dem übrigen Bindegewebe entweder fehlen oder sehr schwach gefärbt sind, außerdem wuchern Fettläppchen in dasselbe hinein. Es handelt sich hier um einen einer Elephantiasis ähnlichen Nävus, welcher als Mißbildung aufzufassen ist.

Schwoner demonstriert:

1. Einen 29 Jahre alten Patienten mit einem auf der rechten Fußsohle lokalisierten Lupus vulgaris. Die klinische Diagnose wurde auch histologisch festgestellt. Das Krankheitsbild hat differentialdiagnostisch eine gewisse Ähnlichkeit mit einem chronischen schuppenden Ekzem.

2. Einen 33jährigen Patienten mit einem auf der rechten Gesäßbacke lokalisierten tuberoserpiginösen Syphilid, an den peripheren Teilen ist eine girlandenförmig begrenzte, braunrot gefärbte, etwas atrophische Narbe nach einem bereits abgeheilten Syphilid. Wassermann positiv, unbehandelte Syphilis. Differentialdiagnostisch kommt Lupus vulgaris in Betracht. Die histologische Untersuchung spricht für Lues. Die bereits eingeleitete antiluetische Behandlung läßt schon eine Rückbildung des Syphilids erkennen.

Scherber demonstriert einen 23jährigen Offizier mit den Erscheinungen eines Lichen ruber planus; neben zahlreichen typischen Effloreszenzen am Stamm, spärlicher an der Zungen- und Wangenschleimhaut, ist die überaus reichliche Aussaat an den Vorderarmen und den Händen palmar und dorsal auffällig; einzeln stehende Knötchen, Gemmenformen und an den Palmae große, diffuse, violettrote, von dicken weißlichen Schuppen gedeckte Licheninfiltrate, durch die Furchungslinien von gesund gebliebener Haut scharf abgegrenzt. Der bis jetzt noch nicht behan-

delte Prozeß begann vor mehreren Wochen mit einer Primärefforeszenz am linken Vorderarm, die sich jetzt als kronengroße, zentral in Rückbildung begriffene Lichen ruber planus-Plaque darstellt und deren Entwicklung nach bestimmter Angabe sich an einen Fliegenstich anschloß.

Oppenheim. Die Zunahme der Lichen ruber planus-Erkrankungen ist bereits allgemein bekannt. Vor zirka 2 Jahren hat Hofrat Finger in dieser Gesellschaft darüber gesprochen.

Scherber hebt hervor, daß nicht nur jetzt im Kriege ein zeitweise auffällig gehäuftes Auftreten des Lichen ruber planus zu beobachten ist, sondern daß er auf Grund klinischer Beobachtungen und nach der statistischen Übersicht über die verschiedenen Dermatosen, die er als Schriftführer der dermatologischen Gesellschaft machte, schon im Jahre 1909 auf das zeitweise, auffallend reichliche, fast endemische Auftreten des Lichen ruber planus hingewiesen habe. Welche Ursache dem Lichen ruber planus zu Grunde liegt, ist bis jetzt nicht aufgeklärt. Tierversuche, die Scherber mit reichlichem Impfmaterial an Hunden und Affen anstellte, ergaben kein positives Resultat.

Oppenheim demonstriert:

1. Einen Soldaten, bei dem die Differentialdiagnose zwischen Lichen ruber acuminatus und einer ichthyosisähnlichen Erkrankung, vielleicht Ichthyosis follicularis universalis, ungemein schwierig ist. Die letztere Diagnose dürfte zutreffend sein. Der Pat. zeigt die ganze Körperhaut eigentümlich gelblich pigmentiert, dabei trocken und die Streckseiten der oberen und unteren Extremitäten haarlos. Das Hervorstechendste im Krankheitsbilde sind zahlreiche follikulär gestellte, sehr derbe und harte, gelbe und gelblich-weiße Knötchen, die in den Achselfalten, in der Ellbogenbeuge, entsprechend der Kleiderfurche, zu stachel- und dornenähnlichen, bis zu 4 *mm* hohen Auswüchsen verlängert sind. Auch auf den Handrücken, Fingerrücken, auf der Beugeseite der Vorderarme und am Halse sind diese, sämtliche Follikeln ergreifenden Knötchen und Stacheln wohl ausgeprägt, ohne jedoch Gruppen zu bilden. Der tastende Finger fühlt sie reibeisenähnlich. Dabei besteht nirgends Rötung oder Entzündung, sie sind an keiner Stelle von einem roten Hofe umgeben. Die Haut zwischen den Knötchen ist blaß. Die Flachhand und die Fußsohle, die Nägel, der behaarte Kopf, das Gesicht, die Mundschleimhaut, die Genitalien sind frei. Dabei zeigen sich auf dem Rücken und auf der Streckseite der Oberarme in der Deltoideusgegend zahlreiche, größtenteils unregelmäßig konturierte, weiße Närbchen und Narben bis zu Erbsengröße, die stellenweise ungemein dicht angeordnet sind. Die Affektion begann nach Angabe des Patienten während seiner Kriegsgefangenschaft in Rußland vor 1½ Jahren. Nach dem Krankheitsbilde kann man

wohl Lichen ruber acuminatus ausschließen wegen des völligen Fehlens von Entzündungserscheinungen und wegen des histologischen Befundes, der mit Ausnahme geringer entzündlicher Veränderungen der Papillarlymphgefäße das Bild einer reinen Hyperkeratose darstellt, ohne Spur der dem Lichen ruber zukommenden histologischen Veränderungen. Ich möchte daher trotz der Angabe des Kranken die Diagnose auf eine angeborene universelle Hautaffektion stellen und sie der Ichthyosis zuzählen und möchte gleichzeitig hier an einen Fall erinnern, der von Kaposi als Lichen ruber acuminatus, von Riehl dann als Psoriasis und Ichthyosis gedeutet wurde, wo die Ichthyosis in Kombination mit Psoriasis vulgaris dem Lichen ruber acuminatus ähnliche Eigenschaften verlieh.

Sachs. Bemerkenswert in diesem Falle ist die symmetrische Lokalisation an der vorderen Achselfalte, den Beugeflächen der oberen Extremitäten, ferner die Tatsache, daß die Beugeflächeu z. B. in den Ellenbeugen stärker befallen sind als es sonst die Streckflächen, z. B. bei der Keratosis follicularis sind. Die Hornkegel haben eine gewisse Ähnlichkeit mit der Keratosis verrucosa. Nach dem klinischen und histologischen Bilde ist Lichen ruber acuminatus auszuschließen.

Oppenheim. Ich halte selbstverständlich meine Diagnose einer zur Ichthyosis gehörigen Krankheitsform vollkommen aufrecht. Die Narben, die der Patient zeigt, haben mit den hyperkeratotischen Bildungen nichts zu tun, sie sind zufällige Befunde. Als Beweis hiefür sei angeführt, daß der Fall seit nahezu vier Monaten auf meiner Abteilung in Beobachtung steht, ohne daß eines der follikulären Knötchen und Stacheln, obwohl sie sich stellenweise spontan zurückgebildet haben, eine Narbe hinterließ, wie man auch aus dem Vergleiche mit der Photographie des Falles vor vier Monaten entnehmen kann.

2. Einen Soldaten, der an der Seitenwand des r. Thorax und der rechten Flanke zahlreiche blauschwarze Punkte und Flecken zeigt, zum Teil dicht stehend und zum Teile auch über das Niveau der Haut hervorragend. Diese Punkte sind verursacht durch Kohlenpulvereinsprengungen, welche der Patient einem Unfalle verdankt. Im Jahre 1911 arbeitete er in einem Kohlenbergwerk. Er kam in die Nähe einer Sprengung und wurde an diesen Stellen verbrannt; er erlitt gleichzeitig Hautwunden und Rippenfrakturen, wie eine Narbe zeigt und behielt die Kohletätowierungen, die den bei Pulverexplosionen zustande kommenden gleichen.

3. Einen Patienten mit einem ausgedehnten Narbenkeloid der linken oberen Extremitäten, das zum Teile in dicken roten Strängen, zum Teile in Form von Geschwülsten und zum Teile als feineres Netzwerk in unregelmäßiger Anordnung bis in die Mitte des Vorderarmes sich auf Grund einer Verbrennungsnarbe entwickelte. Im Jahre 1917 wurde der Patient gelegentlich einer Kesselexplosion verbrüht. Interessant ist bei dem Falle, daß mehrere von der



Verbrennung herrührende Narben am Rücken keine hypertrophische Narbenbildung zeigen; diese betrifft ausschließlich die linke obere Extremität bis zum Schultergürtel.

Riehl weist neuerdings darauf hin, daß die Bezeichnung solcher Fälle meist eine fälschliche ist und wenigstens die Dermatologen zwischen Keloid und hypertrophischer Narbe genau unterscheiden sollten.

4. Einen Fall von Vaselinveränderungen (Vaselinoderma) der Haut, wie sie von mir zuerst beschrieben wurde. Auf der rechten Wange befinden sich die charakteristischen, perlmutterglänzenden, weißen, derben, hirsekorn- bis erbsengroßen, runden und ovalen Knötchen, die sich unter meinen Augen durch die Behandlung einer Impetigo contagiosa mit 1%iger Präzipitatsalbe entwickelten.

Nobl demonstriert:

1. Eine 19jährige Frau mit einem im linken Glutealgebiet lokalisierten Knötchenausbruch, der bei flüchtiger Betrachtung für Syphilis gehalten werden könnte. In kindskopfgroßem Raum sind einzeln und gruppiert eingestreute braunrote, hirsekorn- bis bohnengroße, mittelderbe Knoten sichtbar, dazwischen in unregelmäßiger Verteilung ramifizierte, braune Pigmentflecke mit fein gerunzelter Oberfläche, gleich in Involution begriffenen Tubercula cutanea. Daneben, mehr gegen den unteren Sitzbackenrand zu, gelbliche, tief eingelagerte, harte Knötchen von Hirsekorngröße. Die Kranke verfolgt den Prozeß seit dem 13. Lebensjahr und vermerkt bei steter Ausbreitung, besonders in jüngster Zeit, Vermehrung und Vergrößerung der Bildungen, deren untere Gruppen beim Sitzen Druckschmerzen verursachen. Dieses lästige Gefühl veranlaßte die Kranke, gestern das Spital aufzusuchen. Die derbe Konsistenz, die gelbliche Farbe, sowie das körnige Gefüge einzelner Effloreszenzen machte es wahrscheinlich, daß es sich hier um ein kavernöses oberflächliches Lymphangiom handle, wenn auch die bekannten klinischen Kennzeichen der Transparenz, der Vesikulation und der Topographie mangelten. Das histologische Bild hat dieser Annahme eine weitere Stütze verschafft. Man sieht den Papillarkörper, den Effloreszenzen entsprechend, von großen unregelmäßigen Hohlräumen durchsetzt und die Lücken mit Endothelien ausgekleidet. Stellenweise scheint der Papillarkörper ganz zu fehlen, die ihn ersetzenden Lücken reichen tief hinab gegen das Korium, werden von feinen Bindegewebsfäden durchsponnen und setzen sich vielfach kutanwärts in dünne Stränge fort, die aus aneinander gereihten Endothelzellen bestehen. An manchen Stellen scheint der Lückenfortsatz



eine feinste Lichtung zu besitzen. Stärkere Zellansammlungen infiltrativen Charakters sind nirgends zu beobachten.

2. Eine disseminierte Form des großknotigen Sarkoid Boeck. Es handelt sich um jene 34jährige Beamtensgattin, welche Vortragender im Frühjahr in der Gesellschaft der Ärzte vorstellte. Damals war auf eine seit 1½ Jahren bestehende Aussaat von nuß- bis apfelgroßen, derb prominenten und auch flacheren, braunroten, mäßig derben Knoten hinzuweisen, welche in unregelmäßiger Einstreuung die Ober- und Vorderarme einnahmen und auch an den Ober- und Unterschenkeln in größerer Zahl vertreten waren. Anatomisch entsprachen den tief intrakutan gelegenen und auch aus der Tiefe des Unterhautzellgewebes aufsteigenden Knoten, in die Subpapillarschicht eingelagerte, von hier auf die Fettschicht übergreifende, mehr oder weniger umgrenzte Infiltrationsherde von ziemlich einförmiger Zusammensetzung ohne Anzeichen regressiver Metamorphose. In den von perivaskulären Lymphräumen ausgehenden Zellherden sind zumeist epitheloide und lymphozytäre Elemente vertreten. Riesenzellen spärlich, das Grundgewebe verdrängt und an den Herdgrenzen verdichtet. Die durchmusterten Schnittreihen frei von Bazillen. Auch in Antiforminsedimentausstrichen keine azidophilen Keimbeimengungen. Das Blutbild normal. Wassermann bei verläßlich negativer Anamnese deutlich positiv. Tuberkulin (A.-T.) bedingt erst in Dosen von 3 *cg* mäßigen Temperaturanstieg ohne Herdreaktion. Das gegenwärtige Krankheitsbild zeigt den Einfluß einer Arseninjektionskur, die gleichzeitig mit Bestrahlung der Tumoren durchgeführt wurde. Die Knoten sind allenthalben abgeflacht, einzelne fein schilfernd, im Zentrum eingesunken, dunkel lividrot verfärbt. Die mächtigeren Wülste im Umfang reduziert und von weichem Gefüge. Einzelne Plaques mit Hinterlassung brauner Pigmentflecke resorbiert oder am Saume flacher brauner Scheiben als bohnengroße, schuppende, erhöhte Reste erhalten. Gewichtszunahme 4 *kg*. Neu aufgetreten sind durch violette Flecke angedeutete, in die Tiefe des Unterhautzellgewebes eingelassene, pflaumengroße, umschriebene, schmerzlose Knoten, die am Gesäß und an der Streckfläche der Oberschenkel zu tasten sind.

Diese Beobachtung lehrt neuerdings, daß sowohl die klinischen Erscheinungen als auch ihre gewebliche Grundlage nicht stets jene starre Umgrenzung darbieten, welche Boeck für das großknotige kutane Sarkoid festgelegt hat. Schon die mächtige Aussaat der Wülste abseits der als typisch angegebenen Gesichtslokalisation, wie auch die

Kombination der Granulome mit tiefliegenden subkutanen Herden sind in der Definition Boecks nicht vorgesehen. Ferner zeigt die Untersuchung jüngerer und älterer Tumoren, daß die histologische Struktur keineswegs so charakteristisch ist, wie Boeck dies noch in seiner letzten Mitteilung im Archiv f. Dermat., Bd. CXXI, betonte. Man kann die anatomische Trennung der tiefen Infiltrate vom Bazinschen Knotenerythem, vom subkutanen Sarkoid Darier-Roussy und anderen nahestehenden Läsionsformen keineswegs mit solcher Präzision durchführen, wie dies nach B.'s Darlegungen den Anschein hat. Auch die ätiologische Auffassung des benignen Miliärlupoids als eigenartige besondere Form der Tuberkulose kann nur mit aller Reserve übernommen werden.

Popper demonstriert:

1. Ein 15jähriges Mädchen mit Onychoschisis idiopathica. Die Erkrankung begann vor etwa 2 Jahren, gleichzeitig mit dem Eintritt der Menses, unter lebhaften Beschwerden, besonders allgemeinen Blutwallungen und anfallsweise auftretenden Zirkulationsstörungen an den Fingern (Kältegefühl, ischämische Zustände). Die Fingernägel sind in ihrem proximalen Anteil normal, in ihrer distalen Hälfte längsgerifft und an ihren freien Rändern gesplittert, ausgefranst. Überdies ist die Nagelsubstanz vom freien Rand aus durch 1—3 *mm* tiefe, zur Nageloberfläche parallel verlaufende Spalten lamellös aufgeblättert und grauweiß verfärbt. Nagelwall und Nagelbett sind unverändert. Irgend eine berufsmäßige Schädlichkeit ist als Grund für die Erkrankung nicht anzusprechen.

2. Einen Fall von strichförmiger, systemisierter Dermatose unter dem Bilde eines Lichen simplex bei einem 14jährigen Mädchen. Von der Mitte der linken Oberarminnenfläche erstreckt sich die Hautveränderung in Form schmaler, vielfach parallel angeordneter Züge dem Sulcus bicipitalis entlang zur vorderen Achselfalte, um von hier ungefähr in der linken Parasternallinie in S-förmig geschlungenem Verlauf nach abwärts und sodann zum Processus xyphoideus sterni zu gelangen. Eine weitere Lokalisation bietet die linke untere Extremität: vom unteren Drittel der Rückseite des Oberschenkels verläuft ein bis fingerbreiter Streifen nach abwärts, verbreitert sich in der Kniekehle zu einem kindshandtellergroßen, derb infiltrierten, teils nässendem, teils verkrusteten, gut begrenzten Herd, läuft sodann annähernd in der Mitte der Wade in S-förmig gekrümmter Linie nach abwärts und biegt um den äußern Knöchel auf

den lateralen Fußrand um und endigt auf der Streckseite der beiden äußeren Zehen. Die ziemlich stark juckende Affektion besteht seit einem halben Jahre.

Riehl. Bei dem jugendlichen Alter der Patientin ist daran zu denken, daß die ursprüngliche Ursache der strichförmigen Affektion, trotzdem sie jetzt entzündliche Erscheinungen zeigt, auf angeborener Basis beruhen kann. Nävi treten manchmal erst in späterer Zeit deutlich hervor, wie z. B. Nävus Pringle ganz regelmäßig. Nävi können auch spontan schwinden resp. durch das Wachstum der Haut klinisch gedeckt werden, so die so häufigen Naevi vasculosi geringen Grades im Gesicht und am Occiput.

3. Einen Fall zur Diagnose: ein 17jähriges Mädchen, das folgende Affektion zeigt: An der Außenseite des rechten Oberarms, dicht über dem Ellbogengelenk, findet sich ein kleinmünzengroßes, ovaläres, unscharf begrenztes, eleviertes, derbes, die ganze Dicke der Haut durchsetzendes Infiltrat von kupferroter Farbe, mit leicht vergrößerter Oberflächenzeichnung und einigen punktförmigen Hämorrhagien. Bei Anämisierung bleibt eine braungelbliche Verfärbung zurück. In Entfernung von einigen Zentimetern wird dieser Herd von einem fast geschlossenen, $^1/_2$—2 *cm* breiten, unregelmäßig buchtig und mitunter undeutlich begrenzten Ring hellrot verfärbter, leicht ödematöser, urtikariell elevierter Haut umgeben; auf Druck verschwindet die Rötung vollständig. Zwischen dem Ring und dem zentralen Herd ist die Haut blaßbläulich verfärbt; keine Drüsenschwellung in axilla. Dieses Erythem soll seit Mai dieses Jahres bestehen, zeigt aber in der letzten Zeit peripheres Weiterschreiten. Eine Ursache für das Auftreten der Affektion ist der Pat. nicht bekannt. Die Erkrankung zeigt eine gewisse Ähnlichkeit mit dem Rosenbachschen Erysipeloid, andererseits auch mit den von Lipschütz unter dem Namen Erythema chronicum migrans beschriebenen Fällen.

Oppenheim. Bezüglich der Ätiologie dieser Erkrankung möchte ich auf eine von Balban publizierten Arbeit hinweisen. Die Publikation betrifft zwei Fälle von Erysipeloid der Unterschenkelhaut bei zwei Burschen, die im Frühjahre unter einem Baume geschlafen hatten und die beide an den entblößten Unterschenkeln von einer Fliege gestochen wurden. Beide bekamen nach kurzer Zeit typische Erysipeloide fast an gleichen Stellen der Unterschenkel.

Riehl bezeichnet den Fall als Erythema giganteum, das bekannte Bild ringförmig sich über große Hautflächen ausbreitender exsudativer Erythemherde, die meist solitär nach Insektenstichen entstehen. Gegenüber Erysipeloid Rosenbach ist die mehr akute erythematöse Art der Veränderung, die hellrote Farbe ohne zyanotisches Zentrum, der oberflächlichere Sitz der Affektion und das Fehlen einer Verletzung im Zentrum hervorzuheben.

Königstein stellt vor:

1. 1913 Ulcus molle mit Bubo, 1915 neuerliche,



bis jetzt bestehende Erkrankung. Beginn mit einer kleinen Ulzeration am Frenulum. Gegenwärtig sieht man einen Defekt, der, von der Glans auf den Penisschaft übergreifend, bis zur Symphyse reicht. Der größte Teil des Substanzverlustes ist vernarbt. An zwei Stellen ist ein mäßig tiefes Geschwür mit unterminierten gezackten Rändern, das von einem schmalen Entzündungshof umgeben ist, zu sehen. Das Geschwür ist überimpfbar. Nach einer Woche ist an der Überimpfungsstelle ein gleiches Geschwür entstanden. Diese verlängerte Inkubationszeit, welche der Autor auch bei vier anderen Ulcera serpiginosa beobachten konnte, ist gegenüber dem gewöhnlichen Ulcus molle bemerkenswert. Bei dem vorgestellten Fall konnten Ducreysche Bazillen bisher nicht nachgewiesen werden, während es in den vier erwähnten Fällen sowohl in den primären wie in den Tochtergeschwüren einwandfrei gelang. Demonstration von Aquarellen, die Ulcera serpiginosa darstellen. Im histologischen Präparat sieht man ein unspezifisches Plasmom.

2. Einen typischen Fall von Keratoma palmare und plantare hereditarium. Der jüngere Bruder leidet gleichfalls an derselben Krankheit.

3. Zur Differentialdiagnose zwischen Tuberkulose und Spätsyphilid. Die demonstrierte Moulage gibt das Krankheitsbild, wie es vor vier Wochen bestand, wieder. Mächtige blaurote Infiltration der unteren Nasenanteile mit vielfachen Ulzerationen. Die Nase hat das typische Aussehen des Lupus vulgaris. Zu gleicher Zeit besteht Schmerzhaftigkeit in beiden Handgelenken, die Nachts besonders deutlich ist. Mäßige Temperatursteigerung. Die Symmetrie der Gelenksaffektion, das nächtliche Auftreten der Schmerzen legte den Gedanken einer syphilitischen Affektion nahe. Das Röntgenbild weist periostale Apposition auf und läßt jede Atrophie vermissen. Ein für Lues charakteristischer Befund. Nach 6 Hg. salicyl- und 2 Neo-Salvarsan-Injektionen fast vollständige Abheilung der Nasenaffektion.

Ehrmann stellt vor einen 30jährigen Soldaten. Die Haut des Stammes und der Extremitäten ist bedeckt mit stecknadelkopf- bis haselnußgroßen, in der Haut gelegenen Tumoren. Dieselben sind von mäßig derber Konsistenz, unterscheiden sich nicht wesentlich in ihrer Farbe von der umgebenden Haut. Die größeren, etwas vorgewölbten Tumoren schimmern blau durch. Über den Hautgeschwülsten sieht man zahllose, meist kleine Pigmentflecke. Der Pat. bietet das typische Bild der von Recklinghausen beschriebenen Krankheit. Neben den Veränderungen

der Haut ist noch folgende interessante Beobachtung zu machen: Pat. ist vollkommen bartlos und auch die Haare in den Achselhöhlen fehlen, die Genitalbehaarung ist spärlich und zeigt eine weibliche Haarbegrenzung. Während der Penis normal entwickelt ist, sind die beiden Hoden außerordentlich klein. Nach dem Röntgenbefund erweist sich die Gegend der Sella turcica wesentlich ausgebuchtet. in der Gegend der Hypophyse wurden Verkalkungen festIestellt. Aus diesem Befund läßt sich schließen, daß in ger Gegend der Hypophyse ein Tumor vorliegt, womit die dnnersekretorischen Störungen ihre Erklärung finden. Es liegt nun die Vermutung nahe, daß dieser Tumor zu dem Bilde des Recklinghausen hinzugehört.

Volk demonstriert:

1. Photographie und Präparate eines Falles von Urticaria pigmentosa. Bei dem etwa 30jährigen Patienten finden sich über den ganzen Stamm zerstreut bis linsengroße, braune, auf Druck nicht abblassende Papeln als Residuen einer stark juckenden Hautaffektion, von welcher er als 3jähriges Kind befallen war. Derzeit sind die Effloreszenzen vollständig reaktionslos, nicht irritabel. Im histologischen Präparate sieht man eine starke Pigmentierung der Retezellen; im Korium findet sich, von der Epidermis durch eine normale Schicht getrennt, streifenförmig angeordnet, eine Infiltration, bestehend aus Leukozyten mit zahlreichen eingestreuten Mastzellen, die stellenweise kleine Häufchen bilden, fast nur aus Mastzellen bestehend. Auch unser Fall beweist, daß man aus Zahl und Anordnung der Mastzellen wohl nicht ein Einteilungsprinzip für verschiedene Formen der Urticaria pigmentosa machen soll, was auch Kerl ablehnt.

2. Die Diagnose bei dem vorgeführten 55jährigen Pat. konnte bisher nicht sichergestellt werden. Die Erkrankung begann vor etwa 5 Monaten mit 3 ca. mandelgroßen Knötchen an der linken Wange, diese flossen nach und nach zu einer größeren Geschwulst zusammen; anfangs Juli brach diese auf und im weiteren Verlaufe traten mehrfach kleine flache Tumoren in der Haut hinzu, welche zum Teil wieder unter Hinterlassung von blaßbraunen Pigmentationen verschwanden. Etwa im August trat ein ekzemähnliches Exanthem am Stamm und an den Extremitäten hinzu, welches heftigsten Juckreiz bereitete, nur allmählich unter Salben- und Arsenmedikation zurückging. Später trat noch ein größerer Tumor hinter dem linken Ohre auf und jetzt beginnt sich ein solcher am Kinn zu entwickeln.



Der Status praesens ergibt eine große Menge flacher, kleiner Infiltrate von braunroter Farbe an Stamm und Extremitäten des Patienten und gelbbrauner Pigmentflecke nach Rückbildung derselben. Der Tumor an der linken Wange ist scharf begrenzt, etwa hühnereigroß, im Zentrum unregelmäßig zerfallen, von livid braunroter Farbe; hinter dem linken Ohre ist die Geschwulst nicht so scharf begrenzt, auch nur mäßig erhaben, während die dritte Geschwulst am Kinne wieder scharf umschrieben ist und derzeit etwa Haselnußgröße erreicht hat. Die Tumoren wachsen ziemlich rasch. Die dazwischen liegende Haut ist entweder vollständig normal, nur auffallend trocken oder zeigt an einzelnen Stellen Rötung, Knötchenbildung und feine Schuppung mit Kratzeffekten.

Wenn auch einzelne klinische Züge in dem Krankheitsbilde auffällig sind, so könnte man doch an Mycosis fungoides denken; aber der histologische Befund eines exzidierien flachen Knotens spricht gar nicht dafür. Es findet sich ein kleinzelliges Infiltrat in der Kutis und Subkutis mit ziemlich zahlreichen spindeligen Zellen, fast überall um die Gefäße angeordnet; diese selbst zeigen endarteriitische Veränderungen, was möglicherweise die Ursache des raschen Zerfalles der größeren Tumoren ist. Um eine Talgdrüse findet sich ein massiges Infiltrat, welches aber auch offenbar aus Konfluenz vieler perivaskulärer Infiltrate hervorgegangen ist; nirgends ein Retikulum zu erkennen. Bei diesem Befunde muß eine definitive Diagnose in suspenso gelassen werden. Über den weiteren Verlauf soll gegebenen Falles noch berichtet werden.

Ehrmann möchte ein Jododerm in differential-diagnostische Erwägung ziehen.

Volk. An ein medikamentöses Exanthem wurde natürlich auch gedacht. Ein Jododerma ist schon deshalb auszuschließen, da Patient mindestens seit Februar d. J. kein Jod genommen hat, der Prozeß aber noch immer progredient ist.

Kerl demonstriert:

1. Eine 48jährige Frau aus Mähren mit Pemphigus vulgaris. Die Erkrankung begann angeblich vor 2 Monaten mit Blasen im Munde und an den Füßen. Derzeit bestehen disseminiert am Körper bis handtellergroße, scharf abgesetzte Herde, die an der Oberfläche mit polypösen Exkreszenzen besetzt sind, dazwischen einzelne kreisrunde Epithelverluste, deren Entstehung auf Blasenbildung zurückzuführen ist, worauf noch der bisweilen erhaltene Blasensaum am Rande der Herde hinweist. Besonders reichlich lokalisieren sich die Herde in der Genitalgegend, ad anum und an der Innenseite der Oberschenkel und sind den

breiten Kondylomen ähnlich. Mundschleimhaut und Naseneingang sind mitbefallen, insbesonders an der Mundschleimhaut findet man reichliche Herde, an der Gingiva, an der Unterseite der Zunge. Harnuntersuchung: Albumen in Spuren, Wassermann-Reaktion negativ, im Blutbild besteht starke Eosinophilie (8%).

2. Ein 13jähriges Mädchen, bei dem sich das Leiden im Verlaufe von drei Jahren bis zu den derzeitigen Veränderungen entwickelt hat. An der rechten unteren Extremität, die in ihrem Längenmaße unverkürzt ist, sieht man die Haut am Oberschenkel blaßrot verfärbt, die Rötung greift über die Glutealgegend und grenzt sich rückenwärts ziemlich scharf in konvexen Bogen ab. Die Haut der unteren Extremität ist ebenfalls gerötet, liegt straff der Unterlage an und ist fast nicht abhebbar. Die Konsistenz ist eine recht derbe. Die Oberfläche der Haut glatt, glänzend, stellenweise in geringem Grade abschilfernd. An der Haut des Oberschenkels schimmern die venösen Gefäße deutlich durch. Insbesonders in den distalen Abschnitten sieht man auch hier schon leichte Zeichen der Atrophie. Es scheinen nicht nur die Haut, sondern auch die tieferen Gewebe in den Prozeß miteinbezogen, wodurch sich bedeutende Umfangsdifferenzen zwischen rechts und links ergeben. Die Mitte der rechten Wade ist 22 *cm* gegen 26 *cm* links, im unteren Drittel 17 *cm* gegen 20 *cm*. Pirquet-Reaktion negativ. Intern besteht Insuffizienz der Valvula mitralis. Die Röntgenuntersuchung im Röntgeninstitut ergab keine Skelettveränderung. Es handelt sich um eine Hautatrophie mit indurativen Veränderungen der tiefer gelegenen Gewebe.

Kyrle berichtet über gelungene Übertragungsversuche von Aleppo-Beule auf Affen und Hunde — Studien, die in Gemeinschaft mit Reenstierna (Stockholm) unternommen worden sind — und demonstriert mikroskopische Präparate davon, in denen reichlichst Leishmanien aufzufinden sind.

Volk macht darauf aufmerksam, daß man in Turkestan stellenweise sehr häufig Erkrankungen an Aleppobeule antrifft, gewöhnlich werden die Personen nur einmal von derselben befallen, doch kommen mehrere Affekte am selben Patienten zu gleicher Zeit vor. Die Eingeborenen nehmen, um sich vor Verunstaltungen im Gesichte zu schützen, angeblich Impfungen an den Oberschenkeln vor.

Stein demonstriert eine 35jährige Patientin mit Lupus follicularis des Gesichtes.



Sitzung vom 13. Dezember 1917.

Vorsitzender: Finger. Schriftführer: Stein.

Finger beantragt die Einsetzung eines Komitees, welches die Stellungnahme der Wiener dermatologischen Gesellschaft zur neuen Gesetzesvorlage betreffend die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in einem der Gesellschaft vorzulegenden Memorandum präzisieren soll. Dieses Memorandum wird dann an die maßgebende Stelle weitergeleitet werden. Der Antrag wird einstimmig angenommen. Dieses Komitee setzt sich folgendermaßen zusammen: Vorsitz: Finger, Mitglieder: Ehrmann, Rusch, Scherber, Kyrle.

Nobl demonstriert:

1. Jene nicht zu geläufige Form des hyperkeratotischen Arsenexanthems, das in Gestalt regionärer horniger Exkreszenzen in Erscheinung tritt. Der Kranke, ein 30jähriger Hauptmann, zeigt die Handteller und Fingerbeugen dicht von stecknadelkopf- bis hanfkorngroßen, gelbgrauen bis bräunlichen, ungemein festhaftenden Hornstiften besetzt, die nur mittels scharfen Löffels entfernt werden können. Die Haut zwischen den warzigen Bildungen ist mäßig gerötet, nicht schilfernd. Anders verhalten sich die Handrücken, hier gewinnt man den Eindruck warziger Aussaaten, die als erbsengroße flache Gebilde die Umgebung überhöhen. Sonstige Prädilektionsstellen sind verschont geblieben. Die miliäre, kegelförmige Verhornung der Handteller scheint an Schweißdrüsenausführungsgänge gebunden zu sein. Seit 1902 mit Psoriasis behaftet, wurden dem Kranken wiederholt Arsenkuren verordnet. Solche fanden in den Jahren 1903—1906 in vielmonatigen Perioden statt, zumeist in Form der Fowlerschen Lösung. ansteigend bis 45 Tropfen pro Tag, zeitweise mit langer Einhaltung der Höchstdosierung. In dem rezidivfreien Intervall 1909—1910 keine Arsenmedikation. Der Schuppenflechte zugerechnete Flecke sollen 1914 an den Handrücken aufgetreten sein, sie nahmen dann während des Krieges die heutige Beschaffenheit an. Hervorzuheben wäre die ganz außerordentliche Arsenspeicherung, die erst nach fast zweijährigem Aussetzen des Medikaments zu den Veränderungen geführt hat.

Scherber. Es ist sicherlich auffällig, daß man bei der ausgedehnten Anwendung der Salvarsantherapie trotz der dabei erfolgenden Einverleibung ungewöhnlich hoher Arsenmengen nicht jene Exantheme sieht, wie sie die Therapie mit anorganischen Arsenpräparaten zuweilen zeitigt. Bis jetzt konnte ich noch niemals bei den mit Salvarsan behandelten Fällen nur auf Palmae und Plantae lokalisierte Erytheme beobachten; ebenso sah ich noch niemals eine Konjunktivitis, Pharyngitis, wie man solche bei anorganischer Arsentherapie gelegentlich sieht. Dagegen möchte ich die Aufmerksamkeit auf die universellen Dermatitiden len-



ken, wie sie im Laufe der Salvarsantherapie auftreten können. Diese Exantheme bieten zu Beginn morbillösen oder skarlatiniformen Charakter, am Stamm und den Extremitäten lokalisiert, ergreifen sie auch Palmae und Plantae und dehnen sich über Hals und Gesicht, über die behaarte Kopfhaut aus. Durch Konfluenz der Herde kommt es zur Entwicklung einer diffusen, mit intensiver Rötung und auch Schwellung der Haut einhergehenden Dermatitis, die den Eindruck einer schweren Erythrodermie macht, stellenweise durch Steigerung der Transsudation zur Bildung von nässenden Stellen führt und ekzemähnliche Krankheitsbilder erzeugt. Ein meist äußerst heftiger Juckreiz stört die Patienten ganz wesentlich, dazu kommt ein manchmal hoch ansteigendes, den hartnäckigen Prozeß begleitendes Fieber; allgemeines Unbehagen, Darniederliegen des Appetits, eventuell durch die gleiche toxische Ursache bedingte Diarrhoen schaffen ein schweres Krankheitsbild, das sorgfältigste Pflege erfordert. Es muß besonders hervorgehoben werden, daß in zwei von mir beobachteten derartigen Fällen die Dermatitis in dem einen Fall bei Wiederholung der Neosalvarsantherapie nach einer Behandlungspause von 7 Monaten gleich wieder bei der ersten Injektion, in einem zweiten Fall im Verlaufe der Wiederbehandlung aber nach verhältnismäßig niedriger Gesamtdosis nach einer Behandlungspause von 16 Monaten dennoch wieder sich einstellte. Es folgt aus meinen Beobachtungen, daß alle Fälle, die auf Salvarsan mit einer solchen geschilderten Dermatitis reagierten, nur mit größter Vorsicht mit Salvarsan wieder zu behandeln sind, denn auch lange Pausen schützen nicht vor Rückfällen. Wenn es nicht dringend nötig ist, dürfte man besser andere Antisyphilitika, besonders Quecksilber, heranziehen; sollte Salvarsan dennoch wieder versucht werden, so ist eine sehr vorsichtige Dosierung oder, wie C. Gutmann hervorhebt, der Wechsel des Salvarsanpräparats angezeigt.

Ullmann. Die Prognose der Arsenhyperkeratosen bezüglich Ausgang in Epitheliome ist eine überraschend ungünstige. Es zeigt sich dies auch aus der so häufig beobachteten Multiplizität. Die Hartnäckigkeit der Keratome, die therapeutisch nahezu unzugänglich sind und die, falls man sie abträgt, immer wieder wachsen, scheint, wie ich schon früher einmal ausführte, in dem Nachschub des in der Leber gespeicherten Arseniks zu liegen. Es ist mir auffallend, daß speziell das anorganische Arsen, arseniksaure Natron oder Kali, Liquor Fowleri, besonders letztere ätiologisch nachweisbar sind, während sehr große Mengen organischer Arsenpräparate wie Kakodyl, Oxydiamidarsenobenzol (Salvarsan) meiner Erfahrung nach keine Arsenschwielen erzeugen. So ist mir aus der Salvarsanperiode nur ein Fall einer Arsenikschwiele an den Fersen bekannt, aus der Zeit, wo nur subkutan injiziert wurde.

2. Eine Form der scheiben- und bandförmigen Sklerodermie bei einem 4jährigen Kinde. Die schmutzig gelblichen und sehnig weißen verhärteten Plaques und Leisten sind an der unteren Bauchgegend und in der Flucht der Oberschenkel angeordnet. Mit den keloidähnlichen Herden wechseln vielfach pflaumen- und kronenstückgroße, eingesunkene, weißliche Flecke ab. Bemerkenswert erscheint die motorische Störung bei dem Kinde. Sie bietet eigentlich den Anlaß zur Spitalsaufnahme. Die Mutter des Kindes bemerkt, daß es seit einiger Zeit schlechter gehe und namentlich das linke Bein nachschleppe, die Muskulatur der Oberschenkel erweist sich hochgradig atrophisch und das Unterhautzellgewebe läßt sich als in den sklerotischen Prozeß einbezogen nachweisen.



3. Eine Initialform von Sklerodermie, die besonders durch die weitausladenden Lilaringhöfe um die einzelnen Scheiben beachtenswert erscheint. Die untere Bauchgegend nehmen braun pigmentierte, lange, mehrere Zentimeter breite Streifen ein, die als vorspringende, narbenderbe Bänder von handbreiten, violetten Höfen umgeben werden. Merkwürdig ist die Angabe des 45jährigen Patienten über den Beginn des Zustandes im Anschluß an Petroleumumschläge, die er sich vor 5 Jahren wegen Brustfellentzündung machte.

Rusch demonstriert:

1. Histologische Präparate von jenem Fall strichförmiger, unter dem Bilde einer Neurodermitis verlaufenden Dermatose, die in der letzten Sitzung vorgestellt und vielerseits für einen Nävus erklärt wurde. Das anatomische Bild zeigt keine Nävuszellen, keine für die Annahme eines Nävus verwertbaren Gewebshyperplasien, sondern lediglich entzündliche Vorgänge, Akanthose des Rete, Hyperkeratose, inselförmige Herde von spongoider Veränderung im Rete und diesen entsprechenden parakeratotischen Stellen, Ödem des Papillarkörpers, lympho- und leukozytäre Infiltrate um die Gefäße.

2. Das gleichfalls in der letzten Sitzung vorgestellte Mädchen mit dem ringförmigen Erythem am Oberarm, das nahezu unverändert ist. Das zentrale Hautknötchen wurde exzidiert, die histologischen Präparate zeigen einen überraschenden Befund, der die Annahme eines „Erythema migrans“ oder eines Erysipeloids ausschließt. Bei unveränderter Oberhaut sieht man ein System sich verzweigender, gegen die Umgebung sich scharf absetzender Zellstränge, in deren Axen man den Gefäßbaum des affizierten Hautbezirkes verlaufen sieht; anscheinend erfolgt die Zellwucherung in dessen adventitiellen Scheiden. Dementsprechend bildet sie im Bereiche des oberen Gefäßplexus eine Scheibe, die nach abwärts zu strangartige Fortsätze aussendet; sie zeigen im Bereiche der Haarfollikel und Schweißdrüsenknäuel knotige Anschwellungen und wuchern in den Interstitien des Fettgewebes weiter. Die sie zusammensetzenden Zellen sind von lymphozytärem Typus, sie liegen in einem feinen Retikulum, das von zahlreichen, offenbar neugebildeten Kapillaren durchzogen wird. Stellenweise sieht man in den zentralen Anteilen Inseln von Lymphoblasten, zahlreiche Mitosen, Makrophagen, hingegen fehlen epitheloide und Riesenzellen ebenso wie eosinophile Elemente. Da wo die Zellstränge gegen das verdrängte Kollagengewebe angrenzen, tauchen vereinzelte



Plasmazellen auf, die man auch im Papillarkörper begegnet, hier untermischt mit geschwollenen Bindegewebszellen. Auch zwischen den Fasern der glatten Muskelbündel sieht man Wucherungen lymphatischer Zellen, ebenso findet man zahlreiche Nerven von solchen dicht eingescheidet. Das histologische Bild hat demnach die größte Ähnlichkeit mit jenem bei lymphatischer Hautleukämie. Wenn auch eine lymphatische Systemerkrankung klinisch wenigstens nicht, oder bisher nicht, nachzuweisen ist — es bestehen keine Lymphknotenvergrößerungen, keine Milz-Leberschwellung — so deutet das Blutbild doch auf beginnende Veränderungen gewichtiger Art: zwar entspricht die Gesamtzahl der weißen Blutzellen der Norm, aber das Verhältnis der Lymphozyten zu den Granulozyten beträgt 40:50 und unter den Lymphozyten finden sich auffallend viele große Formen und Plasmazellen. Der weitere Verlauf wird entscheiden, ob das ringförmige Erythem des Oberarmes, das zweifellos mit dem zentralen Hautknötchen in pathogenetischer Beziehung steht, als Teilsymptom einer sich entwickelnden, klinisch noch nicht manifesten lymphatischen Systemerkrankung zu deuten ist, das gleichsam allen anderen vorangeeilt wäre, oder ob es lediglich als lokaler Hautaffekt zu werten ist.

Scherber demonstriert eine 46jährige Frau mit einer mächtigen Schwellung der zervikalen Drüsen rechts, die stellenweise tiefgehende Fistelgänge aufweisen. Vor dem Ohr besteht ein tiefes Ulkus, durch Zerfall der präaurikularen Drüse entstanden, das durch seine unterminierten, wallartigen Ränder schon klinisch auf einen gummösen Prozeß hinweist. W.-R. komplett positiv. Der Fall wird deshalb demonstriert, weil die Lokalisation eines gummösen Prozesses an dieser Stelle selten ist und gerade die Schwellung der zervikalen Drüsen mit der Fistelbildung zur Diagnose einer Tuberkulose verleiten könnte, wie dies bei diesem Falle auch geschehen. Patientin wurde bereits 2mal auf chirurgischen Stationen operiert. Eine Salvarsaninjektion hat den Prozeß sichtlich günstig beeinflußt.

Luithlen stellt vor:

1. Einen Fall von abgeheiltem septischen Exanthem, das unter dem Bilde eines Pemphigus acutus aufgetreten war. Der 22jährige Fleischhauer L. S. kam am 9./XI. 1917 in die Ambulanz des Kaiser Franz Josef-Ambulatorium. Er wies zahlreiche Blasen am Kopfe, im Gesichte, in den Achselhöhlen, an den Vorderarmen und in der Leistengegend auf. Im Munde Epithelverluste nach Blasen. Der fiebernde Patient wurde in das Spital aufge-



nommen. Die bakteriologische Untersuchung des Blutes und der klaren Blasen ergab in Reinkultur stark hämolytische, zu langen Ketten angeordnete Streptokokken. Im weiteren Krankheitsverlaufe traten frische Blasen auf, zum Teile mit blutigem Inhalte. Die Blasen flossen zusammen, so daß Abhebungen der obersten Hautschichten auf große Strecken entstanden. Temperaturen bis über 39. Am 14./XI. Venaepunktio. Am 15./XI. 20 *ccm* Autoserum intravenös. Abnahme des Fiebers. Zwei Tage später keine neue Blasen mehr. Nach Ablauf des Fiebers war das Blut keimfrei. Bei der Vorstellung ausgedehnte Pigmentationen am Stamme und den Extremitäten nach den Blasen bestehend.

Ullmann. Von Interesse ist es, daß auch relativ kleine Mengen des Autoserums ähnlich günstige Wirkungen erzielen können, wie sie jetzt Luithlen von großen Mengen erwähnt.

Luithlen weist darauf hin, daß er bereits 1913 im Experimente nachgewiesen hat, daß die Wirkung des Serums bei Injektion kleiner Mengen sogar rascher eintritt als bei Einspritzung großer Dosen, Befunde, die bei der Beeinflussung der Tuberkulinreaktion durch Serum von E. Löwenstein bestätigt wurden.

2. Einen Fall von Lichen ruber planus bei einem Patienten mit latenter Lues. Es bestehen am Stamme eine reiche Aussaat kleiner Lichenknötchen und ein 5 K-großer Herd in der linken Trochantergegend. W.-R. negativ.

3. Einen Fall von Lichen ruber gyratus in vitiligine auf der Haut des Penis, der differentialdiagnostisch gegen ein Syphilid interessant ist. W.-R. im Blute und im Liquor negativ.

Königstein stellt vor:

1. Eine 52jährige Patientin mit Atrophia maculosa cutis. Das Leiden besteht seit 25 Jahren und ist im Anschluß an einen Partus aufgetreten. Patientin leidet wiederholt an rheumatoiden Zuständen. Während dieser Anfälle traten zahlreiche Hämorrhagien auf, die fast ausschließlich auf die atrophischen Krankheitsherde beschränkt sind. Die histologische Untersuchung eines Krankheitsherdes während einer solchen Attacke ergab zahlreiche polynukleäre Leukozyten im Plasmom.

2. J. B., 54jähriger Bauer. Diffuse idiopathische Hautatrophie, die seit 12 Jahren besteht, auf der Haut der unteren Extremitäten der Hüfte und Kreuzbeingegend lokalisiert ist. Die linke Pupille ist lichtstarr, die rechte reagiert träge, Anisikorie, die stark vorgeneigte Haltung des Patienten, ist durch eine Arthropathia tabetica in beiden Hüftgelenken (Röntgenbefund) erklärt. Fehlen der Patellarreflexe, Wassermann positiv. Während in diesem Fall wohl kein Zusammenhang zwischen Lues und Haut-

atrophie besteht, erlaube ich mir Aquarelle zu zeigen von Fällen, bei welchen die Entstehung einer makulösen Hautatrophie nach einem gruppierten papulösen Syphilid nachgewiesen werden konnte.

3. Das Leiden des 23jährigen Patienten F. Z. besteht über 5 Jahre und hat derselbe verschiedene Wiener derm. Stationen aufgesucht, überall wurde die Diagnose Pemphigus vulgaris gestellt. Die Beobachtungen der letzten Zeit haben nun einige Momente ergeben, welche Zweifel an der bisherigen Diagnose aufkommen lassen. Die Blasen treten vorzugsweise am Hals sowie an den übervorstehenden Knochenpartien gelegenen Hautstellen auf. Durch Zwicken der Haut gelingt es, überall und ohne besondere Mühe ein Epidermisstück von der Unterlage abzuheben. Sehr bald entsteht durch Nachfließen von Serum eine Blase. Während dieses Phänomen beim Pemphigus nur beim Höhenstadium des Prozesses beobachtet wird, bleibt es hier auch dann unverändert bestehen, wenn spontane Blasenbildungen nicht zu verzeichnen sind. In Erinnerung an einen Fall von Epidermolysis bullosa verabreichten wir dem Patienten ein Kalziumpräparat. Während dieser Zeit und noch einige Wochen nach Aussetzen des Präparates fehlte das beschriebene Phänomen. Diese Tatsache konnte zu wiederholten Malen festgestellt werden. Die spontane Blasenbildung ist durch die Kalziumdarreichung nicht zu unterdrücken. Durch Bestrahlung mit der Quarzlampe in steigenden Dosen gelingt es, bei Pemphigus vulgaris zeitweilig das Auftreten von Blasen zu verhindern. In unserem Fall konnten wir durch diese Behandlung die Blasenbildung nicht beeinflussen. Die Haut ist auf den dorsalen Seiten der Hände und Füße sowie über den Knie- und Ellbogengelenken sowie am Hals blaurot gefärbt, gefältelt, schilfernd, erinnert an eine idiopathische Hautatrophie. Bei Zusammenfassung aller dieser Momente glauben wir, dieses Krankheitsbild vom Pemphigus vulgaris abrücken und der Epidermolysis bullosa zuzählen zu sollen.

Nobl. Der Auslegung des Falles im Sinne einer Epidermolysis bullosa der dystrophischen Form möchte ich mich um so eher anschließen, als ich des öfteren Gelegenheit hatte, die Entwicklung der Störungen verfolgen zu können. Es ist ja schon in der Bezeichnung vorgesehen, daß die sich erneuernden Blasenschübe bei ihrer Häufigkeit ihren Standort in stärkere Mitleidenschaft ziehen und Dauerspuren hinterlassen. Zunächst kommt es zu lange persistierenden, intensiv roten Flecken mit schuppender Oberfläche, die später in typische Atrophie übergehen. Durch die in ausgedehnten Bezirken sich abspielenden Veränderungen der Blasenbildung, der Schilferung erythematöser Herde und atrophischer Strecken kommen ungemein polymorphe Bilder zu stande, die nicht sogleich die richtige Beurteilung des Grundprozesses ermöglichen.



Ullmann. Die Trennung der bullösen von den dystrophischen Formen, wie sie seinerzeit besonders von Hallopeau und anderen beantragt wurde. ist ja zweifellos berechtigt. Doch möchte ich gerade mit Rücksicht auf den vorgestellten Fall darauf hinweisen, daß es oft genug Mischformen und Übergangsformen gibt, die zur selben Zeit teils einfache Blasen, teils Dystrophien zeigen, aber auch die in der Jugend einfache und später schwere, die zu entstellender Narbenbildung führende Formen aufweisen. Einen solchen Fall sah ich im Reservespital II, voll bedeckt mit frischen Blasen, narbigen Veränderungen an den Fingern und an den Beinen.

Sitzung vom 7. Februar 1918.

Vorsitzender: Riehl. Schriftführer: Kerl.

Nobl demonstriert einen Fall von Herpes zoster universalis. Das seltene Vorkommnis betrifft einen 57jährigen herabgekommenen Patienten, der unter Erscheinungen von Schüttelfrost und hohem Fieber vor 14 Tagen erkrankte. Die Ersterscheinungen machten sich im Gebiet der linken unteren Zervikalganglien geltend. Die disseminierte Aussaat in Zusammenhalt mit dem Fieber und der polyganglionären Drüsenschwellung legte den Verdacht an Variola nahe und führte zur Abgabe des Kranken an das Infektionsspital. Daselbst wurde der Prozeß als nicht zuständig festgestellt und der Kranke wieder entlassen. In dichter Einstreuung sind die charakteristischen, gedellten, von trübem und hämorrhagischem Serum erfüllten, rot umsäumten, hanfkorn- bis erbsengroßen Blüten am Kopf, Stamm und Extremitäten vertreten, vielfach im Übergang zu muldenförmig eingesunkenen, schwarzen, nekrotischen Schorfen. Die systemisierte, gleich beschaffene Aussaat am linken Arm und Schulter. Bemerkenswert erscheint die dichte Eruption der Gaumenschleimhaut. Überdies wäre die universelle Drüsenschwellung und heute noch subfebrile Fieberbewegung anzuführen. Es ist dies der 4. Fall, den Vortragender zu beobachten Gelegenheit hat, stets handelte es sich um Ausbrüche bei älteren Leuten und gangränöser Ausgangsschädigung im Bereiche des Ganglion Gasseri oder einzelner Spinalsegmente.

Fasal berichtet über seinen im Archiv publizierten Fall von Herpes zoster generalisatus, der auch unter schweren Krankheitserscheinungen als Zoster ophthalmicus gangraenosus begann. Von den zahlreichen über den ganzen Körper zerstreuten Bläschen, die im Verlaufe auftraten, waren einzelne hämorrhagisch.

Oppenheim demonstriert:

1. Einen Soldaten mit einer Gaumenaffektion, deren Diagnose in keines der bereits bekannten Bilder hineinpaßt. Man sieht an der Schleimhaut des harten Gaumens, besonders an beiden Seiten der Raphe, teils grup-



piert, teils vereinzelt, bis hanfkorngroße, halbkugelige, vorspringende, von normaler Schleimhaut bedeckte Knötchen, die in ihrer Mitte eine dunkel gefärbte, punktförmige Einsenkung zeigen. Je weiter von der Mittellinie entfernt, desto kleiner sind die Knötchen und schließlich erscheinen sie nur als vereinzelte dunkle Punkte. Die übrige Schleimhaut ist normal. Durch Druck auf die Knötchen läßt sich kein Sekret exprimieren. Die Affektion besteht unverändert seit 2 Monaten. Der histologische Befund einer exzidierten Partie ergab nur Hyperkeratose und Parakeratose mit einer starken Verbreitung des Stratum granulosum, wie bei einer Leukoplakie. Leider war die Exzision zu oberflächlich, so daß über das Verhalten des Bindegewebes nichts ausgesagt werden kann. Dabei bestehen bei dem Patienten eine deutliche Assymmetrie des Schädels, zahlreiche kleine Angiome und pigmentierte Nävi und symmetrische, Lipome. Der laryngologische Befund ergab zwei erbsengroße zystische Angiome an der Basis der Epiglottis. Es besteht wohl kein Zweifel darüber, daß es sich um eine nävusartige angeborene Affektion des harten Gaumens handelt, die möglicherweise mit den Schleimdrüsen in Zusammenhang steht.

Kren weist auf die Ähnlichkeit des Falles mit Psorospermosis follicularis in ihrer Schleimhautlokalisation hin. Wenn auch bei der Psorospermosis am Gaumen meist dichtgestellte, disseminierte Knötchenbildungen die Regel sind, so kommt doch auch eine Gruppenbildung der Effloreszenzen vor, wie sie der demonstrierte Fall zeigt. Nichtsdestoweniger ist die Diagnose einer Psorospermosis für den vorgestellten Patienten nicht mit Sicherheit anzunehmen, um so mehr, wo Hauterscheinungen vollständig fehlen.

2. Einen Soldaten aus der Munitionsfabrik Wöllersdorf, der beide Handflächen, aber namentlich sämtliche Nägel intensiv gelb gefärbt zeigt. Die Färbung der Nägel ist sehr resistent, schwindet nur durch das Wachstum des Nagels, wie ein schmaler Streifen in der Nähe der Lunula zeigt. Die Gelbfärbung rührt von Pikrinsäure her. Der Patient ist damit beschäftigt, Granathülsen mit Ekrasit zu füllen.

Kyrle demonstriert einen 42jährigen Patienten mit typischen Erscheinungen des Sarcoma multiplex haemorrhagicum (Kaposi). Betroffen sind Hände und Füße u. zw. Plantar- und Dorsalgegend. An den Füßen haben die Tumoren, insbesondere im Bereich der Zehen, ungewöhnliche Größe erreicht; sie sind hier vielfach zu Taubeneigröße herangewachsen, miteinander stellenweise konfluiert und an der Oberfläche ulzeriert. Außer den ge-



nannten Stellen finden sich einzelne Knoten auch noch am Ohrrand beiderseits. Drüsenapparate intakt.

Lekisch demonstriert:

1. Einen Fall von Acne varioliformis mit atypischer Lokalisation.

2. Einen Fall von ausgedehnten Gummata cutanea bei einem 22jährigen, noch nicht behandelten Patienten.

3. Einen Patienten mit Gummen des Unterschenkels, die trotz zweijähriger energischer antiluetischer Behandlung (2 Schmierkuren, 3 Injektionskuren, 17 Salvarsan, Jodkali intern und Jodbäder, 2 Zittmannkuren) nicht heilen.

Rusch demonstriert einen strichförmigen Nävus.

Volk demonstriert:

1. Den bereits in der Dezembersitzung vorgestellten Patienten. Die damals gestellte Diagnose lautete auf Mycosis fungoides, obzwar der klinische Aspekt nicht ganz zum Bilde paßte und die histologische Untersuchung eher dagegen sprach. Der weitere Verlauf bestätigt aber die Diagnose, das eingestellte histologische Präparat, gewonnen von einem älteren Knoten, zeigt jetzt deutlich die Zellinfiltration in charakteristischer Anordnung in einem Retikulum. Unter Röntgentherapie ist ein Teil der Knoten mit deprimierter Narbe abgeheilt, während neue besonders an den unteren Extremitäten entstanden sind. Auffallend bleibt noch immer die Leukopenie bei nicht wesentlich verändertem perzentuellen Verhältnis der weißen Blutkörperchen.

2. Drei Lupuspatienten, an denen der ausgezeichnete Effekt der Kohlenbogenlichttherapie gezeigt wird, die von Axel Reyn empfohlen wurde. Man muß diese Belichtung dem Quecksilberlichte, wie es uns in der „künstlichen Höhensonne" zu Gebote steht, als weit überlegen betrachten. Den Namen „künstliche Höhensonne" führt sie wohl ganz mit Unrecht, da sie alles eher als ein Ersatz der Höhensonne sein kann, fehlt ihr doch der größere Teil des sichtbaren Spektrums, während die kurzwelligen Strahlen im Übermaß vorhanden sind. Um deren schädliche Wirkung abzuhalten, andererseits die fehlenden Strahlenarten zuzufügen, wurden Uviolschirm und Zusatzapparate konstruiert. Aber auch mit diesen ist ein vollwertiger Ersatz der natürlichen Sonnenbelichtung nicht zu erzielen. Es ist ja unbedingt zuzugeben, daß die Quecksilberdampflampe bei entsprechender Indikationsstellung sehr gute Resultate gibt, doch wollen wir dabei nicht vergessen, daß auch schon früher mit gewöhnlichem Glühlichte gewisse Erkrankungen sehr günstig beeinflußt wurden, die jetzt dem Heilbereiche



der „künstlichen Höhensonne" eingereiht werden. Das Kohlenbogenlicht übertrifft beide weit an Effekt. Die Pigmentation ist nach wenigen Bestrahlungen eine sehr kräftige und auch hier scheint die Stärke der Pigmentierung ein gewisser Indikator für die Prognose zu sein. Die Lupusknötchen flachen schön ab, viele verschwinden vollständig, so daß speziell für ausgedehnte lupöse Erkrankungen viel Zeit und Mühe erspart wird. Die Belichtungsdauer beginnt mit 5 Minuten und wird nach und nach bis auf 1 Stunde und darüber ausgedehnt. Selbstverständlich wird durch Kombination mit anderen Verfahren z. B. Röntgen der Effekt noch größer. Auch für manche andere Erkrankungen sei das Kohlenbogenlicht sehr empfohlen.

Luithlen demonstriert einen Fall von Reinfectio syphilitica. Bei der ersten Infektion saß die Sklerose in der Frenulargegend, Spirochäten wurden nachgewiesen, die Wassermann-Reaktion war negativ. Therapie: 10mal 1 *ccm* 10% Hydrargyrum salicylicum intramuskulär und 4mal Neosalvarsan intravenös. Jetzt Sklerose in der Lamina interna praeputii mit reichlichen Spirochäten, Skleradenitis, Wassermann-Reaktion negativ.

Kerl demonstriert eine 42jährige Frau mit ausgebreiteter Psoriasis. Der Fall zeigt den Zusammenhang zwischen Hautreizung und Lokalisation der Psoriasisherde im Stadium der Eruption; die dichte Anordnung der frischen Psoriasisstellen, vorwiegend in Gruppen, gürtelförmig auf der linken Brustseite sind durch das Auftreten eines Herpes zoster während der Psoriasis-Eruptions-Periode zu erklären. In einer Gruppe bemerkt man auch gelbliche Borkenbildung, die aus eingetrocknetem Serum der Herpesblasen sich herleiten.

Lipschütz demonstriert Schnitte und Ausstrichpräparate von Paravakzine. In ersteren werden die im Protoplasma und im Kern der geblähten Retezellen befindlichen Einschlüsse, „Paravakzinekörper", beschrieben, in letzteren Strongyloplasmenbefunde. Siehe auch den in der Wiener klin. Woch., 1918, Nr. 4, erschienenen Originalartikel „Zur Ätiologie der Paravakzine".

Sitzung vom 7. März 1918.

Vorsitzender: Grosz. Schriftführer: Kerl.

Ullmann stellt vor:

1. Bei einem 36jährigen Mann ein gruppiertes korymbiformes Spätsyphilid des Gesichtes, der Kopf- und Körperhaut. Während der Pat. 13 Jahre nach



einer Behandlung mit grauem Öl rezidiv- und symptomfrei blieb, traten seit 2 Jahren kontinuierliche Erscheinungen auf, die besonders schwer nach einer Serie von Sublimatinjektionen waren.

2. Zwei Fälle von Alopecia areolaris specifica als Endglieder einer größeren Anzahl solcher Beobachtungen des letzten Halbjahres u. zw. ein ganz rezentes, im ersten Stadium der Sekundärperiode, zahlreiche, sehr kleine, scharf umschriebene Kreise und im Gegensatz hiezu eine relativ sehr alte Form, mit etwa 30 auf das ganze Kapillitium verteilter, großer Flecke mit stellenweiser Reparation bei einem 46jährigen Luetiker mit Glossitis gummosa superficialis. W.-R. +++. Der Vortragende weist darauf hin, daß nur ein relativ kleiner Teil seiner Beobachtungen von Alop. areol. specif. auch deutliches Leukoderma aufweist und daß die Anzahl positiver Lumbalbefunde (Dr. Schacherl) kaum ein Drittel betrage. Etwa dieselbe Anzahl ($^1/_3$) habe klinisch feststellbare Nervenerscheinungen.

3. Zwei zosteriforme, gruppierte Spätsyphilide am Stamm. Der erste Fall zeige derzeit nur die Pigmentreste des vor $^1/_2$ Jahre bestandenen Syphilides und habe okulo-pupillare Symptome, Kopfschmerzen und + Lumbalpunktatsbefund. Der zweite weist eine doppelseitige, in verschiedenen Metameren sitzende, gruppierte, knotige, gummöse Infiltrate auf. Lumbalpunktion negativ.

4. Einen Fall von Pityriasis rubra pilaris, betreffend einen 36jährigen Schuhmacher, Landsturmmann. Vortragender weist auf die Unterschiede dieser Affektion gegenüber der Lichengruppe, Lichen ruber acum. Kaposi, Lichen ruber verrucosus-moniliformis, hin, sowohl in klinischer wie histologischer Beziehung, legt Präparate des Falles auf und betont, daß bei dieser Dermatose zum Unterschiede von der Lichengruppe niemals Schleimhautlokalisationen beobachtet wurden, ein wichtiges, bisher nicht betontes Moment zum sehr ähnlichen L. r. ac., bei dem jedoch schon wiederholt Schleimhautaffektionen etwas verschieden von denen bei L. planus, von ihm selbst (4 Fälle) und von anderen, Königstein u. a., beschrieben wurden. Ein solcher Fall atypischen L. r. ac. (Fall Braun) sei den meisten deutschen österreichischen Kliniken gut bekannt. Auch diesen Fall Braun stellt Vortr. deshalb nochmals vor.

Nobl. Ich bemerke zu den demonstrierten Alopeziefällen, daß in dem einen über die spezifische Natur des kleinareolierten Haarschwundes wohl kein Zweifel bestehen kann. Bei dem anderen Kranken hingegen ist der unregelmäßige und in großen Herden angeordnete totale Mangel der Haare wohl eher im Sinne einer Alopecia areata zu deuten. Der



luetische Ursprung ist zwar auch für diese Läsionsform, namentlich von Sabouraud, herangezogen worden, nach meinen Untersuchungen jedoch ohne Berechtigung. Die syphilitische Infektion spielt in der Vorgeschichte mit neurotischer Alopekie befallener Patienten keine bedeutendere Rolle als in den Vorläufern anderer Zustände. Daß in diesem 2. Falle ausschließlich der neurotische Prozeß in Frage kommt, geht überdies noch aus dem Nachwuchs völlig depigmentierter Haare im Bereiche der runden Scheiben hervor. Was die segmentäre Anordnung der Syphilide in den erstgezeigten Fällen betrifft, so ist es keineswegs eine allzugroße Seltenheit, dieser zoniformen Verteilung gruppierter Spätsyphilide zu begegnen. Bisher wissen wir aber mit diesem topographischen Verhalten der Nachschübe nicht viel anzufangen. Ich glaube nicht, daß auf dem Wege der Prüfung des Lumbalpunktates ein näherer Aufschluß über die Beziehungen solcher scheinbar systemisierter Aussaaten zum Zentralnervensystem zu gewinnen sein wird. Selbst bei positivem Ausfall der Liquorreaktionen wäre nicht zwingend auf den neurogenen Auslösungsmechanismus der Effloreszenzenverteilung in den Spätperioden zu schließen.

Ullmann wendet sich gegen die Bedenken Nobls bezüglich der Diagnose im zweiten älteren Falle von Alopecia areol. specif. und betont, daß die vielen gleichgroßen Kreise und die +++ W.-R. der älteren unbehandelten Lues die Intensität genügend erkläre, der stellenweise Wiederwuchs bestehe dem Alter entsprechend aus grauen, nicht aber aus Lanugohaaren. Bezüglich des Zusammenhanges der seltenen Fälle von zosteriformer Syphilide mit Lues des Rückenmarks oder des Nervensystems kann man überhaupt noch keine Meinung haben, bevor systematisch Lumbalpunktion gemacht worden sei. Der erste Fall mit + Befund am Nervensystem spräche jedenfalls eher für einen solchen.

Kren demonstriert einen 68jährigen Hilfsarbeiter, der durch viele Jahre hindurch als Werkzeugschlosser tätig ist. Als solcher hat er viel mit Schmieröl zu tun. Seit 4 Monaten nun entwickelte sich bei dem Patienten ein Krankheitsbild an der Innen- und Streckseite beider Oberschenkel, das nach Salbenbehandlung eine weitgehende Verschlimmerung und Ausbreitung erfuhr. Pat. zeigt jetzt das eigentümliche Bild einer Acne conglobata arteficialis, wie es trotz derzeitiger Häufigkeit der Acne vulgaris arteficialis selten und von Kren überhaupt noch nicht beobachtet worden ist. Das Bild ist von klassischem Aussehen. Die Entzündung ist gering und nur bei wenigen randständigen Knoten vorhanden. Dementsprechend ist auch die Eiterung nur bei vereinzelten Knoten vorhanden. Vielfache Brückennarben ausgeheilter Komedonenfelder vervollständigen das Bild der Acne conglobata arteficialis des an anderen Körperstellen wie Rücken, Brust und Gesicht völlig gesunder Patienten.

Oppenheim. Die Fälle von Acne occupationis, wie man diese Fälle besser bezeichnen soll, zeigen jetzt öfters die im Falle Krens sichtbaren Veränderungen; wie z. B. ein unlängst von Ehrmann in der Gesellschaft der Ärzte demonstrierter Fall. Ein Fall, den ich heute demonstrieren werde, zeigt ebenfalls die Gruppenbildung der Komedonen.



Sachs demonstriert einen Fall von Syringozystadenom (mit Demonstration von histologischen Präparaten).

Schwoner demonstriert einen Fall von tuberoserpiginösem Syphilid auf der Stirne mit Pigmentierungen und Atrophie nach solchem, sowie eine Myositis specifica des rechten Musculus triceps. Wassermann positiv. Krankheitsdauer: 15 Jahre.

Lipschütz demonstriert:

1. Die Hautveränderungen der Paravakzine bei drei mit Kuhpockenlymphe geimpften Frauen, von denen zwei die Paravakzineentwicklung auf der Akme des Prozesses am Ende der zweiten Woche, die dritte das abheilende Bild in der dritten Woche zeigen.

2. Einen systematisierten Bindegewebsnävus von einer eigenartigen und, wie es scheint, bisher noch nicht beschriebenen klinischen Konfiguration, die eine entfernte Ähnlichkeit mit den Bildern der Weißfleckenkrankheit, bzw. mit dem Lichen albus aufweist. Die Affektion ist auf der vorderen oberen Thoraxfläche rechts vom Sternum lokalisiert. Lipschütz berichtet ferner über zwei ähnliche Beobachtungen aus früheren Jahren.

Sachs. Die Einzeleffloreszenzen zeigen eine gewisse Ähnlichkeit mit einem von mir auf dem letzten Dermatologenkongreß demonstrierten Falle, bei welchem die weißen, kleinlinsengroßen Knötchen in Gruppen angeordnet waren und nicht, wie in dem Falle von Lipschütz, halbseitig. Histologisch fand ich das Bindegewebe maschenförmig gelockert, in den Maschen eine basophile, körnige Masse, analog dem Befunde von Johnston und Sherwell. Ob in meinem Falle ein Naevus albus vorliegt, dürfte sich aus der weiteren, noch nicht abgeschlossenen histologischen Untersuchung ergeben.

Lipschütz. Zu diesen Ausführungen möchte ich bemerken: 1. daß die von mir demonstrierte Affektion schon seit frühester Jugend besteht; 2. daß die Hautveränderungen einen gewissermaßen stabilen Charakter besitzen und 3. daß der histologische Befund, wie dies Sachs selbst ausführt, bei dem von ihm beobachteten Fall ein wesentlich anderes Bild zeigte. Daraus dürfte unschwer die Trennung beider Beobachtungen abzuleiten sein.

Oppenheim demonstriert:

1. Einen Munitionsarbeiter mit Gelbgrünfärbung des gesamten Haarkleides und Gelbfärbung der Nägel. Der Mann füllt Ekrasit in Granathülsen. Die Pikrinsäure des Ekrasits färbt Haare und Nägel. Schamhaare und Achselhaare sind ebenso gefärbt wie die Kopfhaare; also bedeckte und unbedeckte Haare. Der Mann arbeitet schon seit einem viertel Jahr nicht und trotzdem wachsen die Haare noch immer gelbgrün gefärbt nach. In den Haaren konnte Pikrinsäure chemisch nachgewiesen werden. Urinuntersuchung ist noch nicht abgeschlossen.

2. Einen Arbeiter, welcher auf beiden Schultern vom Schlüsselbein bis zum Schulterblattkamm dichtest gedrängt Komedonen, Follikulitiden und Aknepusteln reichlichst und scharf abgesetzt von der Umgebung zeigt. Die übrige Haut des Körpers ist frei. Interessant ist die Genese dieser Acne occupationis, der Mann trägt Hölzer, die mit Karbolineum zur Konservierung getränkt sind, auf den Schultern. Von Acne occupationis durch diese Beschäftigung ist mir bisher nichts bekannt.

Lekisch demonstriert einen Fall von universeller Psoriasis. Bei dem Pat. sind nur wenige Stellen normaler Haut sichtbar, auch Flachhände und Fußsohlen waren befallen. Ferner einen Pat. mit Epitheliom der vorderen Halsregion, welches diagnostisch Schwierigkeiten bot.

Nobl demonstriert:

1. Das selten beobachtete Bild der originären Kuhpockenübertragung an den Händen einer 40jähr. Frau. Spitzen und Beugeflächen aller Finger der rechten Hand sind von typischen, auffallend großen, flach gedrückten, rotumsäumten Vakzinepusteln eingenommen. Am linken Handrücken über bohnengroße, derb zentral gedellte, zugehörige Blüten. Die Aussaat hat die Höchstentwicklung überschritten, wodurch das charakteristische Aussehen etwas beeinträchtigt erscheint. Zugehörig sind noch unterhalb des rechten Daumenballens drei randständig konfluierende, blauschwarz durchschimmernde Effloreszenzen. Der Handrücken mächtig ödematös geschwellt, Kubitaldrüse vergrößert. Nach dem Entwicklungsgang und dem heutigen Stand muß die Infektion vor 10—12 Tagen erfolgt sein, überdies sprechen einzelne kleinere Komponenten des Ausbruches für mehrtägige Sukzessivimpfung. Die Übertragung ist beim Melken einer pockenkranken Kuh entstanden, die vor drei Wochen eingestellt wurde. Vortragender hat das Tier vor einigen Tagen untersucht und Residuen des Ausbruches noch feststellen können. Am unbehaarten Teil des Euters und an den Zitzen waren noch abgekrustete, kleinfingerkuppengroße, gerötete, restliche Infiltrate der rückgebildeten Variola vaccinae vorhanden.

2. Ein 5jähriges Kind mit strichförmig angeordneter Dermatose der rechten Hand und des Vorderarmes. Die Läsion zieht von der Kleinfingerendphalange längs des Ulnarrandes bis zum unteren Oberarmdrittel. An Finger und Hand bieten die Veränderungen teils ekzematösen, teils psoriatischen Charakter. Am Arm ähneln die perlschnurartig aneinander gereihten Elemente den kantigen Morphen eines Lichen planus. Auch hier be-



gegnet man wieder der Angabe: die Störung hatte erst vor wenigen Wochen eingesetzt, obwohl alle Momente auf eine näviforme Anlage hinweisen.

3. Die Initialform einer einseitigen Akrodermatitis atrophicans bei einer 27jährigen Frau. Der an der linken Hand und am Vorderarm lokalisierte Zustand ist an der stark atrophischen Haut des Ellbogens begrenzt, welche Partie auch als Ausgangspunkt der Veränderung bezeichnet wird. Längs des Ulnarrandes läuft in kaum veränderter Haut ein mattvioletter Streifen, dieser Zeichnung entspricht in der Kutistiefe ein beträchtlicher Verdichtungszustand der Texturen. Die verhärtete Strecke verliert sich beim Handgelenk. Die Dorsalfläche der Finger, sowie die vordere Hälfte des Handrückens von rarefizierter, blauroter Decke eingenommen. Mächtige periartikuläre Schwellung aller Fingergelenke bei negativem Röntgenbefund. Im Beruf, die Frau ist Kleidermacherin, kann wohl kein auslösender Faktor des Prozesses erblickt werden. Die Vorderarmverhärtung legte an einer chirurgischen Station den Verdacht nahe, daß es sich um Sklerodermie handle.

4. Eine 42jährige Frau mit fortgeschrittener idiopathischer Atrophie an der rechten oberen Extremität und beginnender am linken Arm. Rechts die geläufige Erscheinung des exzessiven Hautschwundes, dessen Beginn auf 20 Jahre zurückreicht. Am linken Handrücken, Ellbogen und Streckfläche des Vorderarmes fleckige Rötung mit beginnender Zerknitterung. Hier nahm die Störung vor 2 Jahren den Anfang.

5. Die spärliche Aussaat eines Lichen ruber planus am Rücken einer 35jährigen Frau, die erst seit wenigen Wochen vom juckenden Zustand belästigt wird. Die von Kratzeffekten und schuppenden Effloreszenzen untermengten Knötchenbestände sind so unscheinbar, daß die Natur des Leidens übersehen werden könnte. Trotz des spärlichen Ausschlages zeigt das Genitale, namentlich die großen Labien reichlichen Besatz dicht geordneter Planusknötchen. Auf den besonders häufigen Sitz des Lichen planus am weiblichen Genitale hat N. schon des öfteren hingewiesen und auch über die solitäre Erscheinung des Prozesses an diesem Standort berichtet.

Mayer stellt aus der Abteilung Prof. Grosz einen Fall von Urtikaria mit Pigmentbildung vor. Es handelt sich um einen Ausschlag bei einem 37jährigen Soldaten, der nach Angabe des Pat. seit 8 Jahren bestehen soll und von Zeit zu Zeit, meistens im Sommer, oft nach Genuß von saueren Speisen, fast immer

nach Alkohol, Nachschübe bekommt und heftig juckt, so daß oft die Nachtruhe des Pat. gestört ist. Die Affektion hat Stamm und beide Extremitäten befallen, Hals, Gesicht und Füße freigelassen; sie besteht einerseits aus frischen Knötchen, die im Zentrum eine Borke aufweisen und größtenteils konfluieren, andererseits aus frischeren und älteren Pigmentationen, die denselben Charakter zeigen wie die ursprünglichen Effloreszenzen. Die Leistendrüsen und auch die Axillardrüsen sind nur in geringerem Maße beteiligt. Die Haut als solche erscheint nur an einzelnen Stellen der Oberschenkel leicht verdickt. Interessant ist der Blutbefund beim Pat. Bei leicht verminderten Lymphozyten finden wir eine Vermehrung der eosinophilen Zellen von der durchschnittlichen Normalzahl von 2—4% auf 13%. Wir haben es hier mit einer chron. rezid. Urtikaria mit Pigmentbildung zu tun.

Königstein demonstriert einen Fall von Hauttuberkuliden.

Riehl. Das Kind zeigt auf den Schultern deutliche Impetigoeffloreszenzen mit hellrotem Entzündungshof und mit eitrigem Zentrum. Dabei besteht intensivste Pedikulosis. Ich würde mir den therapeutischen Vorschlag gestatten, das Kind von seinen Pedikuli zu befreien; ob da nicht die Hauterscheinungen verschwinden würden?

Für das Redaktionskomitee:

Prof. Grosz.

Breslauer dermatologische Vereinigung.

Sitzung vom 26. Januar 1918.

Herr Schäffer stellt 2 Fälle von chronischer Entzündung des Gesichts mit allmählich zunehmender violetter bis dunkelbrauner Verfärbung vor. Der erste Patient zeigt die Veränderungen in den Anfangsstadien (Beginn vor etwa 8 Wochen). Das Gesicht ist bis zur Mitte der Stirn von einer diffusen Dermatitis mit leichter Abschilferung eingenommen. Geringer Juckreiz und leichte Empfindlichkeit bei Berührung. Die Haut wird von Woche zu Woche dunkler und zeigt jetzt eine eigenartige violette Farbe. Das Allgemeinbefinden ist gut. Eine Ursache für die Erkrankung ist nicht nachzuweisen.

Bei dem zweiten Kranken waren ganz ähnliche Veränderungen wie bei dem ersten Fall vorausgegangen. Nach etwa $1^1/_2$jährigem Bestand trat allmähliche Abheilung ein. Die dunkle, bronzeartige Verfärbung der Haut ist stellenweise unterbrochen von helleren Flecken, so daß ein Bild entsteht, ähnlich wie bei einem mit Pigmentierung abheilenden Lichen ruber planus. Auch ist die Haut jetzt glatt ohne Schuppung.

Bisher wurden 8 ähnliche Fälle mit folgenden Merkmalen beobachtet: Die chronische Entzündung des Gesichts führt zu einer leichten Hyperkeratose, Lockerung der obersten Zellschicht, so daß die Haut wie mit Mehl bestäubt aussieht und beim Kratzen mit dem Fingernagel deutliche kleienförmige Schuppung zeigt. Man hat den Eindruck, daß die eigentümliche Verfärbung nicht bloß durch ein in der Tiefe abgelagertes Pigment hervorgerufen wird, sondern auch durch die grau erscheinende Hornschicht. Ätiologisch hat sich bisher nichts Bestimmtes feststellen lassen, insbesondere fehlen äußere, etwa durch den Beruf bedingte Einwirkungen oder die Verwendung irritierender Fette oder Öle. Wie Riehl halte auch ich es vorläufig für das wahrscheinlichste, daß Einflüsse durch die während der Kriegszeit veränderte Ernährung mit im Spiel sind, die die Haut gegen die Einwirkung des Lichts überempfindlich machen (also eine gewisse Analogie zur Pellagra). Befallen sind am meisten die dem Licht ausgesetzten Stellen; auch war es auffallend, daß in 3 Fällen Belichtung mit Quarzlampe resp. künstlicher Höhensonne eine wesentliche Verschlechterung und Zunahme der Verfärbung brachte.

Herr Friedeberg (Klinik) stellt 4 Fälle vor. die klinisch in die gleiche Gruppe gehören, wie die von Prof. Schäffer gezeigten. Voraus schickt er einen kurzen Überblick über ähnliche Fälle, die während des Krieges publiziert worden sind.

Der erste Fall ist ein Maschinist von 37 Jahren, bei dem die Erkrankung vor etwa 8 Monaten mit einer Rötung im Gesicht und an den Vorderarmen begonnen hat, die allmählich dunkler geworden ist. Die Gesichtshaut ist jetzt gleichmäßig kaffeebraun verfärbt, nur die Augenpartien sind heller. Am Halse wird die Verfärbung intensiver, um sich nach dem Nacken und der Brust zu einzelne leistenbildende, hellbraune, stecknadelkopfgroße Effloreszenzen von etwas derberer Konsistenz als die umgebende Haut aufzulösen. Diese kleinen Effloreszenzen sind mattglänzend. Die Gesichtshaut im ganzen ist etwas derb infiltriert. Ähnliche Effloreszenzen finden sich am Stamm, nur haben sie hier einen ausgesprochen lichenoiden Charakter, konfluieren unterhalb der Brustwarzen und geben in der Gegend des Nabels der Haut wieder eine gleichmäßig braune Verfärbung. In dieser finden sich vereinzelte Knötchen, die maschenartig angeordnet, heller rot und mit feinen Schüppchen bedeckt sind. In der Hüftgegend stehen die Effloreszenzen wieder vereinzelt, in der Kreuzbeingegend konfluiert. Auf dem Penis vereinzelte polygonale Knötchen von wachsartigem Glanze. Ähnliche Knötchen vereinzelt noch an der Vorderseite des Oberschenkels.

Zweiter Fall: Ein Maschinenarbeiter von 44 Jahren, der vor 8 Monaten aus dem Felde zurückgekehrt ist und hier seine frühere Arbeit wieder aufgenommen hat. Kurz nach Wiederbeginn seiner Arbeit stellte sich eine Röte im Gesicht und an den Unterarmen ein, die allmählich dunkler wurde.

Die Haut des Gesichtes etwas derb, ein wenig hyperkeratotisch

und gleichmäßig schmutziggrau verfärbt. Die inneren Augenwinkel sind heller. In den seitlichen Winkeln der Stirnhaargrenze sieht man vereinzelte dunkelbraune Flecke. Nach dem Halse zu hellt sich die Hautfarbe auf und geht mit einzelnen sich allmählich voneinander entfernenden, hellbraunen, stecknadelkopfgroßen Flecken in die normale Hautfarbe über. Unterhalb beider Ohren ist die Haut gefältelt und infolge Schuppenauflagerung ein wenig glänzend.

An beiden Handrücken und an der Streckseite der ersten Phalangen (die Haut der dazwischenliegenden Gelenkgegenden ist normal) ist die Haut gleichmäßig dunkelbraun verfärbt. Die einzelnen Follikel sind erhaben, derb und geben der Haut einen reibeisenartigen Charakter. Proximalwärts vom Handgelenk hellt sich die Hautfarbe auf, die Hyperkeratose der Follikel wird geringer, oberhalb der Ellenbeuge ist die Haut normal. Den Übergang bilden wie am Halse einzelne zum Teil maschenartig angeordnete braune Flecke, die eine kleienartige Schuppung aufweisen. Der Prozeß greift auch auf die Beugeseite der Unterarme, jedoch in etwas geringerem Grade über. An der Innenseite der Oberschenkel, in der Skrotalgegend, stehen einzelne Flecke wie am Unterarm, die zum Teil zu Leisten konfluieren. Am Rumpf treten vereinzelte Follikel deutlich hervor und sind hellrot.

Fall 3: Granatendreher, der im Juni 1915 durch glühende Kohlenschlacke verbrannt worden ist. Nach Abheilen der Brandwunden will er die Veränderungen der Haut beobachtet haben, die noch heute bestehen.

An der linken Schläfe braunrote Streifen mit etwas erweiterten Follikelmündungen, auf denen graue Schüppchen aufsitzen. An der rechten Schläfe vereinzelte linsengroße Flecke von gleicher Farbe wie links. Beide Unterarme zeigen maschenartig angeordnete, braune bis hellrote, teilweise glänzende Streifen, die in der Gegend der Handgelenke und auf dem Handrücken zu geschlossenen Herden konfluieren. Am linken Unterarm sind sie wallartig gegen die Narben der alten Brandwunden abgesetzt. Am Ellbogengelenk lösen sie sich in einzelne stecknadelkopfgroße Flecke auf und gehen allmählich in die normale Haut über. An der Vorderseite beider Oberschenkel und an der Innenseite des linken Kniegelenks ähnliche, nur etwas größere Herde.

Fall 4: Soldat, der sich die Glatze gegen Mückenstiche mit „Olivenöl“ eingerieben hat. Kurz darauf trat die Veränderung ein, die noch heute besteht.

Die Kopfhaut von der Stirn bis zum Scheitel ist braunrot, etwas ins Bläuliche schimmernd, leicht schuppend. Am Scheitel geht die Verfärbung mit einzelnen linsengroßen Flecken in die normale Hautfarbe über. Die Verfärbung endet nach der Stirn zu nahezu haarscharf mit der Stirnkopfhautgrenze.

Der erste der vorgestellten Fälle wurde zunächst für einen Lichen ruber gehalten, eine Diagnose, die durch das Resultat der histologischen Untersuchung gestützt zu werden schien. Fraglich wurde sie erst, als er auf die bei Lichen ruber im allgemeinen erfolgreiche Arsen- + Röntgen-

therapie sich nicht nur refraktär verhielt, sondern an den bestrahlten Stellen mit einem akut entzündlichen Prozeß reagierte.

Der zweite Fall erinnerte klinisch an eine Pityriasis rubra pilaris; ein Vergleich mit dem ersten und den weiteren zwei schon in den nächsten Tagen folgenden zeigte die Übereinstimmung der klinischen Bilder, die nur graduelle Unterschiede aufwiesen. Klinisch und histologisch stehen die Fälle den von Riehl publizierten am nächsten. Auffallend ist nur, daß dieser ebenso wie Schäffer ätiologisch nichts feststellen konnte, während bei den vier hier gezeigten Fällen Öl als Ursache sich nachweisen ließ: Die ersten drei sind Maschinenarbeiter, die dauernd mit Ölen (Schmierölen) zu tun haben. Beim vierten stellten sich unmittelbar nach dem Gebrauch eines Öles die Hautveränderungen ein. Welches das schädigende Agens in den angewandten Ölen war und worin sich diese von dem im Frieden benutzten völlig unschädlich unterschieden, konnte leider auch durch eine Untersuchung im chemischen Laboratorium der Technischen Hochschule nicht festgestellt werden.

Bemerkenswert ist immerhin, daß nur bei einer verhältnismäßig kleinen Zahl von Menschen die jetzt im Kriege benutzten Öle in der angeführten Weise schädigend wirken. Es ergibt sich hieraus, daß ätiologisch noch andere Momente hinzukommen; ob diese in der Disposition des betreffenden Menschen oder auf alimentärem Gebiete liegen — die Möglichkeit besteht, daß mit den Ersatznahrungsmitteln Stoffe dem Körper zugeführt werden, die auf die Haut sensibilisierend wirken — läßt sich zur Zeit noch nicht feststellen.

Therapeutisch ist bis jetzt noch nichts erreicht worden. Versucht wurden Perhydrolsalben, Salizylsalben, Arsen innerlich und Röntgen; alles erfolglos.

Diskussion: Herr *Schäffer:* Nach Besichtigung der von Herrn Friedeberg vorgestellten Patienten glaube ich, daß diese zwar von meinen Fällen insofern etwas verschieden sind, als sich hier umschriebene, auch am Körper lokalisierte Pigmentierungen vorfinden. Die Gesichtsveränderungen sind aber bei zwei Patienten doch den von mir beobachteten Fällen sehr ähnlich. Vielleicht ist der Zusammenhang der, daß die vorhin erwähnten alimentären Einwirkungen Überempfindlichkeit der Haut nicht bloß gegen das Licht, sondern auch gegen irritierende Fette und Öle bedingten und auf diese Weise zu der auffallenden Pigmentierung Veranlassung geben. (Obgleich ich in unseren Fällen nach dem Gebrauch von Fetten und Ölen als ursächliches Moment nachforschte, habe ich dafür keinen Anhaltspunkt gefunden. Der demonstrierte Schauspieler hat bald nach Beginn der Erkrankung Schminke oder sonstige Salben vollständig fortgelassen.)

Harttung demonstriert:

1. Einen Fall von Lues maligna, der in einem sehr elenden Zustande in das Hospital aufgenommen wurde und ganz mit Geschwüren bedeckt war, trotzdem er dauernd Quecksilbersalizyl und Jod bekam und trotzdem er auch sonst nach Möglichkeit roborierend behandelt wurde. Die Besserung ist eingetreten im vollständigen Abheilen aller Effloreszenzen bis zum Verschwinden von dem Augenblick an, wo er Kalomel in ganz kleinen Dosen bekam.

2. Einen Fall von ausgesprochener Tabes bei einem Soldaten, der, ohne zu wissen, daß er krank war, nach schweren körperlichen Insulten, besonders nach jahrelangem Arbeiten in einer eisigen Telephonzelle in Rußland an völliger Bewegungsstörung und außerordentlichen Ataxien niederbrach und sehr lange Zeit ohne Erfolg behandelt wurde. Es war leider im Anfang in einem Kriegslazarett im Felde versäumt worden, die spezifische Behandlung aufzunehmen. Neben der Swift-Ellisschen Behandlung mit dem Salvarsanserum hat sich neuerdings die von Ravaut empfohlene Methode der direkten Salvarsanapplikation sehr eingebürgert und der Vortragende hat sie in zahlreichen Fällen herangezogen, eigentlich nur mit einer Ausnahme mit gutem Erfolge und ohne daß, eben von dieser Ausnahme abgesehen, irgendwie ernstere Störungen besonders von seiten der Blase und des Urogenitaltraktus entstanden wären. Der Behandelte hat dreimal hintereinander in 8tägigen Zwischenräumen Salvarsan in kleinster Dosis intralumbal bekommen und ist jetzt neben allgemeiner Erholung in seinen Ataxien usw. außerordentlich vorwärts gekommen. Daß neben der speziellen Therapie auch intravenös Salvarsan neben Kalomel gegeben wurde, ist ganz selbstverständlich; jedoch hat diese Methode der Behandlung keine großen Erfolge erzielt.

3. Einen Fall von Hodensyphilis gummöser Natur, die ihm als Tuberkulose zugesandt wurde H. weist dabei hin auf die differential-diagnostische Bedeutung der Lokalisation der Syphilis und Tuberkulose im Hoden, die ja schon Volkmann immer proklamiert hat, indem er Tuberkulose für den Nebenhoden reserviert, während der Hoden als solcher eigentlich nur von der Lues befallen wird. Die Verhältnisse sind im vorgestellten Falle besonders deutlich und die Rückbildung hat einen guten Fortgang genommen.

Braendle (Allerheiligen-Hospital) stellt vor:

1. Einen Fall von Lupus erythematodes. Als Therapie empfiehlt B. bei den chronischen Formen ungefilterte Mesothoriumbestrahlungen, während die subakuten Formen besser mit anliegenden Quarzlichtbestrahlungen behandelt werden. Bei den akuten Fällen von L. e. ist die Holländersche Methode zu versuchen: Jodtinkturpinselungen und Chinin innerlich.

2. Einen Fall von Lupus verrucosus. Diese Formen des Lupus sind am raschesten durch Mesothoriumbestrahlungen der Heilung zuzuführen. Die Mesothoriumbehandlung kann mit Röntgenstrahlen (große Dosen) kombiniert werden.

Wallfisch (Allerheiligen-Hospital) stellt vor:

1. Zwei Fälle von Lichen ruber planus mit eigenartiger Anordnung, von denen der eine einem serpiginösen Syphilid täuschend ähnlich sieht.

2. Einen Fall von Dermatitis herpetiformis Duhring.

3. Einen Fall von Tabes juvenilis bei einem ca. 20jährigen Manne mit Lues hereditaria.



Otte (Allerheiligen-Hospital) stellt vor:

1. Einige Fälle von exzidierten Lippenprimäraffekten mit vorzüglichem kosmetischem Erfolg.

2. Einen Fall von Folliklis, der auf Ponndorf und Arseneinspritzungen gut reagiert hat.

Jadassohn stellt einige Geschwister vor mit „glatter Trichophytie der Kinderköpfe", wie sie in Breslau sonst augenscheinlich nur sehr selten vorgekommen sind. Jetzt scheinen auch diese Formen häufiger zu sein.

Er betont die Notwendigkeit der Entnahme des Untersuchungsmaterials mit energischem Abschaben, um die Haarstümpfe, in denen die Pilze reichlich vorhanden sind, zur Untersuchung zu bringen. Beim Kerion Celsi gelingt es manchmal, durch Auskratzung von Granulationsgewebe pilzhaltige Haarstümpfe zu finden, wie das Pellizari schon vor längerer Zeit angegeben hat.

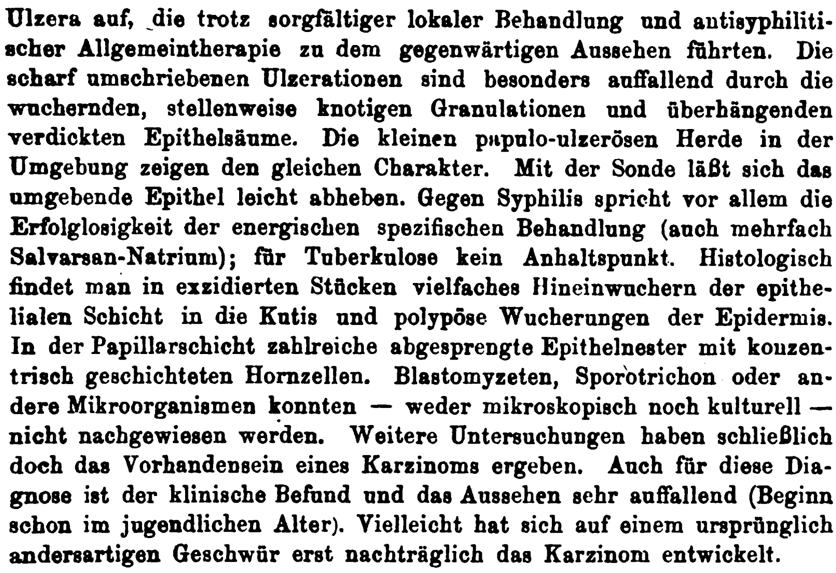
Sutter (Klinik) bespricht 2 Patienten mit Kerion Celsi und lichenoider Trichophytie.

Es handelt sich um 2 Mädchen von 8 und 9 Jahren, welche beide auf dem Lande infiziert wurden und mit einem hochgradigen Kerion Celsi in unsere Behandlung kamen, während das „Trichophytid" erst später und zwar in akutem Ausbruch unter unseren Augen entstand. Die Kinder erkrankten im Verlauf der 4. bzw. der 5. Woche ihrer Trichophytie plötzlich an Allgemeinsymptomen, Kopfschmerz, Erbrechen und hohem Fieber. Im Anschluß daran Ausbruch eines akuten, über den ganzen Körper ausgedehnten, scharlachähnlichen, kleinmakulösen, konfluierenden Exanthems. Besonders bei dem älteren Mädchen war die Ähnlichkeit mit Scharlach eine beinahe vollkommene, da hier gleichzeitig ein starkes Enanthem zu konstatieren war. Der weitere Verlauf brachte aber dann bald Klarheit in das Krankheitsbild, indem es gelang, sowohl in einer der erweichten und stark angeschwollenen Lymphdrüsen, als auch in einer Hautläsion kulturell und in der Lymphdrüse auch im Schnitt denselben Pilz, ein Trichophyton granulosum, nachzuweisen wie in dem primären Kerionherde. Das anfänglich beinahe rein erythematöse Exanthem ging dann bald in den in Guths Arbeit beschriebenen seborrhoisch psoriasiformen Typus der lichenoiden Trichophytie über und ist jetzt in Abheilung begriffen.

Bei dem jüngeren der beiden Mädchen ist das Trichophytid noch sehr deutlich und namentlich durch seinen starken Spinulosismus ausgezeichnet. Die bei dieser Patientin noch sichtbare, vor 2 Tagen vorgenommene Intradermoinjektion mit 0·1 *ccm* Trichophytin ist noch sehr hochgradig und durch die bei der lichenoiden Trichophytie oft beobachtete Pustel- und Papelbildung ausgezeichnet.

Herr Schäffer demonstriert wuchernde Unterschenkelgeschwüre von eigenartigem Aussehen. Der 30jährige Patient litt schon im Alter von 16 und 20 Jahren an Unterschenkelgeschwüren, die allmählich zur Heilung kamen. Seit $1^1/_2$ Jahren traten wieder tiefe





Ulzera auf, die trotz sorgfältiger lokaler Behandlung und antisyphilitischer Allgemeintherapie zu dem gegenwärtigen Aussehen führten. Die scharf umschriebenen Ulzerationen sind besonders auffallend durch die wuchernden, stellenweise knotigen Granulationen und überhängenden verdickten Epithelsäume. Die kleinen papulo-ulzerösen Herde in der Umgebung zeigen den gleichen Charakter. Mit der Sonde läßt sich das umgebende Epithel leicht abheben. Gegen Syphilis spricht vor allem die Erfolglosigkeit der energischen spezifischen Behandlung (auch mehrfach Salvarsan-Natrium); für Tuberkulose kein Anhaltspunkt. Histologisch findet man in exzidierten Stücken vielfaches Hineinwuchern der epithelialen Schicht in die Kutis und polypöse Wucherungen der Epidermis. In der Papillarschicht zahlreiche abgesprengte Epithelnester mit konzentrisch geschichteten Hornzellen. Blastomyzeten, Sporotrichon oder andere Mikroorganismen konnten — weder mikroskopisch noch kulturell — nicht nachgewiesen werden. Weitere Untersuchungen haben schließlich doch das Vorhandensein eines Karzinoms ergeben. Auch für diese Diagnose ist der klinische Befund und das Aussehen sehr auffallend (Beginn schon im jugendlichen Alter). Vielleicht hat sich auf einem ursprünglich andersartigen Geschwür erst nachträglich das Karzinom entwickelt.

Herr Vogel (Dermatologische Abteilung des Festungslazaretts Yorkschule) stellt einen Fall von hochgradiger syphilitischer Phlebitis der Vena saphena magna vor, die sich bei einem sekundärluetischen Soldaten vom rechten inneren Knöchel bis zum Leistenring als derber, leicht druckschmerzhafter Strang palpieren läßt. Er weist darauf hin, daß nach Untersuchungen von Breda, Hoffmann, Finger und Blaschko sich bereits im Frühstadium der Lues, selbst schon neben dem ersten Exanthem, eine derartige syphilitische Phlebitis entwickeln kann, welche die Hautvenen der unteren, seltener der oberen Extremitäten befällt und am häufigsten in der Vena saphena auftritt.

Herr *Schäffer* weist darauf hin, daß im vorliegenden Fall die Entzündungserscheinungen außerordentlich gering waren, so daß man nicht so sehr den Eindruck einer Phlebitis oder Periphlebitis, sondern von vornherein den einer Thrombose gewann. Vielleicht stehen solche Fälle mehr in Analogie zu den Thrombosen bei allgemeinen Infektionskrankheiten wie bei Typhus und Influenza, während ja für gewöhnlich bei Syphilis die Erscheinungen der Entzündung der Venenwand im Vordergrunde des klinischen Bildes stehen.

Herr Vogel demonstriert die Photographie eines 78jährigen, ungewöhnlich rüstigen Mannes, der wegen Sarcoma haemorrhagicum idiopathicum multiplex (Kaposi) mit ungewöhnlicher Lokalisation seit mehreren Monaten in seiner Behandlung steht. Die Erkrankung soll vor $^1/_2$ Jahre im Anschluß an einen Fall aufs Gesäß begonnen haben und imponiert jetzt als kirschgroße, blaurote, elastische Geschwulst auf dem oberen inneren Quadranten des linken Gesäßes, umgeben von einer Aussaat erbsengroßer, derber, blauroter Knötchen. Arsenbehandlung (Solarsoninjektionen) und Röntgen waren bisher gegen die langsam fortschreitende Geschwulstbildung erfolglos.



Herr Hayn (Yorkschule) stellt vor:

1. Einen Fall von Lipomata subcutanea dolorosa. Auffallend ist bei dem Fall das rasche Entstehen der subkutanen Tumoren im Anschluß an ein geringfügiges Trauma des linken Vorderarmes vor 3 Monaten. Es wurden in rascher Folge beide Vorderarme, beide Oberschenkel, in geringerem Grade Rumpf und beide Oberarme ergriffen. Die Tumorbildung geht zur Zeit noch weiter. Ferner ist bei dem Fall bemerkenswert, daß bei intakter Oberflächensensibilität ausgesprochene Schmerzempfindungen bei Druck und kalter Außentemperatur ausgelöst werden, ein Symptom, das wir von den multiplen Hautmyomen kennen. Die mikroskopische Untersuchung ergab aber lediglich das Bild subkutaner Fettgeschwülste.

2. Einen Fall von Erythrodermie pityriasique en plaques disséminées. Die Affektion entstand im Anschluß an ein nässendes Ekzem beider Kniekehlen vor 6 Jahren und ergriff in mehr oder minder großen Herden innerhalb mehrerer Jahre den größeren Teil des Rumpfes und einen großen Teil der Extremitäten. Vor 3 Jahren wurde das Gesicht und die behaarte Kopfhaut ergriffen und führte hier zu einem reichlich handtellergroßen, wie es scheint dauernd haarlosen Bezirk. Seit 2 Jahren sollen die erkrankten Stellen stationär geblieben sein. Bei dem Fall ist bemerkenswert, daß die Herde teilweise in außerordentlicher Größe aufgetreten sind (ein Herd nahm z. B. den halben Rücken ein), ferner die Beteiligung des Gesichtes sowie der behaarten Kopfhaut und daß hier im Bereiche des Krankheitsherdes des Kopfes, wie es scheint, eine dauernde Alopezia aufgetreten ist. Das Blutbild ist normal.

Kuznitzky (Klinik) stellt vor: Eine Frau mit einer Eruption, deren Effloreszenzen teils mehr an Aknitis, teils mehr an Sarkoid erinnern. Im Gesicht und auf den Armen bis herab zu den Händen zahlreiche, halbkugelige, ziemlich harte, nicht konfluierende, zum Teil gruppierte Effloreszenzen von nicht besonders ausgesprochener Farbe. Einige Effloreszenzen sind mit kleinen Krüstchen bedeckt. Auf Druck ist bei einzelnen ein winziges dunkelbraunes Stippchen zu sehen. Teleangiektasien, feine Närbchen und strohgelbe Foci fehlen. Die Tuberkulinprobe (Pirquet, Intradermo 1:5000 und 1:1000) ist völlig negativ; das Röntgenbild der Lungen normal.

Histologisch ergab die erste Exzision kein für eine der beiden Affektionen charakteristisches Bild. Dagegen ließ sich in einer zweiten Untersuchung, die an einer Effloreszenz mit Stippchenbildung vorgenommen wurde, zentrale Nekrose feststellen; das würde also im Sinne der Aknitis sprechen.

Perls (Klinik) stellt vor: 47jährige Frau, vorher nie krank, seit 20 Jahren jetzige Hautaffektion. Beginn mit einem Knötchen im rechten Hypogastrium, jahrelang unverändert bleibend, niemals Beschwerden verursachend. Allmählich neue auftretend, von denen ein Teil ulzeriert. Bis vor kurzem gutes Allgemeinbefinden, erst seit einigen Monaten geringe Abmagerung. Jetzt im rechten Hypogastrium zwei handtellergroße,



mit reinen Granulationen bedeckte Ulzeration, an deren Rande Tumormassen hervorwuchern. Einige kleinere, sonst gleiche Ulzerationen an anderen Körperstellen. Außerdem eine große Anzahl meist linsengroßer, sehr flacher, hellroter, teilweise serpiginös angeordneter Knötchen, die niemals konfluieren, diffus verstreut am Rumpf und den unteren Extremitäten. Mikroskopischer Befund: Basalzellenepitheliom. Keine Metastasen, keine Drüsen. Diagnose: Karzinose. Thera-pie: Röntgen.

Krakauer (Klinik). 1. Fall von Pemphigus vulgaris. Sehr schwerer Fall von monatelanger Dauer mit stetig sich wiederholenden Schüben; dabei hohes Fieber und große Hinfälligkeit. Allmählich Abheilen der Effloreszenzen mit kissenartig erhabenen Narben, auf denen häufig neue Blasen aufschossen. In einer späteren Periode traten kutansubkutan gelegene, hirsekorn- bis erbsengroße Knoten auf, die vereiterten. Im Eiter konnten zweimal mikroskopisch und kulturell Streptokokken nachgewiesen werden, was im Blute nie gelang. Die Schleimhäute waren stets frei. Jetzt seit Wochen normales Hautbild und bestes Allgemeinbefinden. Therapeutisch wurden versucht: Chinin, Salvarsan, Arsen, Terpentinöl, Aderlässe, Organismuswaschung, Normalserum; ferner protrahierte Bäder mit Kal. hyp.; indifferente Salben, Pasten und Puder. Nach Auftreten der septischen Erscheinungen Kollargol und Methylenblausilber intravenös, wobei die Temperatur allmählich zur Norm absank und die Hauterscheinungen aufhörten.

2. Fall von Dermatitis herpetiformis Duhring aus einer Reihe von vier gleichzeitigen. Bei ihm konnten — wie auch bei zwei der anderen — typische Ausbrüche der Krankheit durch innerliche Gaben von Jodkali, zum Teil auch in kleinsten Mengen von 0·01 *g*, hervorgerufen werden. Dieser Versuch gelang dreimal.

3. Fall von Vitiligo mit Alopecia areata bei einem 13jähr. Knaben. Im Anschluß an Magendarmerscheinungen waren zuerst am Rücken vitiliginöse Herde aufgetreten, die bald auf den ganzen Körper übergriffen. Die Haare wurden grau und fielen dann aus. Dann wuchsen unter Freibleiben großer kreisrunder Stellen schneeweiße Haare nach. Die inneren Organe, bis auf eine Vergrößerung der Schilddrüse, sind völlig normal.

4. Fall von Mycosis fungoides bei einem 70jährigen dementen Mann mit sehr gutem körperlichen Allgemeinbefinden. Am Rumpf finden sich ausgedehnte, frischrote, serpiginös-arabeskenartig begrenzte, scharf abgesetzte, flache Herde, in denen sich vielfach starke, „tomatenähnliche" bis apfelgroße Tumormassen entwickelt haben, die an einigen Stellen oberflächlich ulzeriert sind. Die Erscheinungen sollen erst seit einigen Monaten bestehen; nur ein runder psoriasiformer Herd am Arm sei schon vor 30 Jahren aufgetreten. Die Leber ist stark vergrößert, die Lunge auch röntgenologisch ohne Besonderheiten.

Herr Friedeberg (Klinik) stellt einen Mann von 85 Jahren mit latenter Lues vor, der neben einem abgelaufenen periostitischen Prozeß am rechten Unterschenkel einen etwa $^{3}/_{4}$ *cm* weiten Abstand zwischen

den oberen mittleren Schneidezähnen zeigt, die im übrigen ganz normal sind. Gaucher sieht dieses Symptom als ausreichende Grundlage für die Diagnose „Lues hereditaria" an. Obwohl er diese Behauptung durch 16 Fälle glaubt belegen zu können, kann man sich auf Grund mancher negativer Erfahrungen nicht auf den gleichen Standpunkt stellen.

Schaefer (Klinik) stellt vor:

1. Eine mit Tb. erblich belastete Patientin, bei deren Hautaffektion die Differentialdiagnose Tb. und Lues oder eine Mischform beider Erkrankungen zu erwägen ist. Der positive Wassermann und der negative Ausfall der Tb.-Reaktionen läßt die lupoiden, serpiginös begrenzten und oberflächlich ulzerierten Herde an Stirn, Brust und r. Hand (der Daumen ist früher amputiert worden) als Lues auffassen.

2. Rhinosklerom: der zweite innerhalb eines Jahres an der Klinik beobachtete Fall; beide Patientinnen stammen aus Oberschlesien; die erstere ist durch Radium- und Röntgentiefenbestrahlungen nach $^3/_4$-jährlicher Behandlung sehr gebessert. (Projektion: vor und nach der Behandlung.)

3. Atypisches Karzinom des r. Nasenflügels. Nach dem histologischen Bilde (Zylinderepithelkrebs, der drüsenähnliche, schlauchförmige Figuren bildet) handelt es sich um ein Adenokarzinom, das an der Haut sehr selten vorkommt und seinen Ausgaug sehr wahrscheinlich von der Nasenschleimhaut genommen hat.

4. Zwei seit einem Jahre in Behandlung der Röntgen- und Lichtabteilung stehende Patientinnen, die früher an hochgradiger Tb der Gelenke, Drüsen und Haut der Füße litten und jetzt erscheinungsfrei sind.

Herr Grabisch (Klinik) zeigt die Moulage und mikroskopischen Bilder eines Falles von Fibrosarkom der vorderen Brustwand mit myxomatöser Umwandlung, welcher mit noch zwei anderen in der Klinik beobachteten Fällen ein einheitlich abgeschlossenes, klinisch neuartiges Krankheitsbild darzustellen scheint.

Außerordentliche Dermatologenversammlung in Bonn

am 22. und 23. September 1917.

(Nach dem Bericht von Heuck und Habermann in der Dermatol. Zeitschrift, Heft 11, 1917.)

Ehrenvorsitzender: **Doutrelepont**—Bonn. Leiter: **Hoffmann**—Bonn.

Sitzung vom 22. September 1917.

Zunächst gab **Blaschko** einen Überblick über den Stand der Beratungsstellen (B.-St.), deren Einrichtung die Landesversicherungsanstalten übernommen haben. Die Auswahl der zu Meldenden ist dem Arzt überlassen; so weit er wolle und könne auch die Dauerüberwachung.





Müller—Metz betont, daß die Kranken ihre Einwilligung zur Meldung geben sollen. Behandelte Kranke sollen nicht oder nur mit Einwilligung des behandelnden Arztes beraten werden. Die B.-St. soll etwa wie ein Konsiliarius wirken oder ein Bindeglied zwischen Arzt und Kranken werden. Bessere diagnostische und therapeutische Kenntnisse bei den Praktikern seien aber notwendig; dazu sollen 8tägige, dezentralisierte Fortbildungskurse eingerichtet werden und die Dermatologie Examensfach werden.

v. Zumbusch weist darauf hin, daß das Berufsgeheimnis hinter dem öffentlichen Interesse zurückstehen müsse, jedoch sei der allgemeine Meldezwang noch verfrüht.

Leven erklärt in der folgenden *Aussprache* die Beschränkung der Meldung auf Kassenkranke für sozial ungerecht. *Arning* befürwortet nur die Meldung unsicherer Kranker und zwar durch die Kasse. Auch er hebt die ungenügende Ausbildung der praktischen Ärzte hervor. *Scholtz*—Königsberg will ebenfalls nur unsichere Kranke gemeldet wissen und hält die Feststellung der Infektionsquellen und der geheimen Prostitution für eine wichtige Aufgabe der B.-St. *Touton* befürchtet bei Umgehung des § 300 St.-B. einen Verlust des Vertrauens. *Galewsky* hat mit der B.-St. gute Erfahrungen gemacht; er befürwortet 3tägige Fortbildungskurse. *Bruhns* berichtet von einer Zunahme der freiwilligen Meldungen; jedoch sollen nur Kranke, die sich der Behandlung entziehen, gemeldet werden. Zur besseren Kontrolle sollen die Blutuntersuchungen in der B.-St. ausgeführt werden. Die Beobachtung soll 10 Jahre dauern. *Hoffmann* fordert Kurpfuscherverbot, Verbot der Apothekerbehandlung. Unterdrückung der annoncierenden Ärzte, Examensprüfung in der Dermatologie, Erforschung der Infektionsquellen. Mit den B.-St. könnte auch die Bekämpfung der Hauttuberkulose verbunden werden, was auch den B.-St. in den Augen des Publikums den einseitig ominösen Charakter nehmen würde. Am wichtigsten ist die Behandlung der Frühfälle. Er fordert eine starke Kur bei primären Frühfällen, 2 Kuren bei frischer Lues II, wenigstens 3 Kuren bei hartnäckiger Lues II.

Sitzung vom 23. September 1917.

Hoffmann widmet Neisser, Ehrlich und anderen verstorbenen Kollegen einen warmen Nachruf und stellt dann vor:

1. Fall von Prurigo nodularis (Urticaria perstans papulosa). Stark hypertrophische Gefäße und zahlreiche Nerven in tiefen, gut begrenzten Infiltraten aus lymphoiden Zellen.

In der *Aussprache* nehmen *Herxheimer, Fabry, Touton* Beziehungen zur Neurodermitis an. *Hoffmann* weist auf den oberflächlichen und flächenhaften Charakter der letzteren hin.

2. Typische Urticaria pigmentosa (mit Mastzellen).

3. Mollusca contagiosa am Handrücken einer Krankenschwester (nach Pflege eines Soldaten).

4. An Endotheliom erinnerndes, hartes, subkutanes, gedelltes, markstückgroßes Oberlippen-Epitheliom; Heilung durch Röntgentiefentherapie.

5. Lupuskarzinom auf röntgenatrophischer Haut (Ohr); Heilung durch Bestrahlung mit 40 x, bei 4 *mm* Filter mehrfach.



Leven. 1. Affektion der Füße, Hämorrhagien mit Schuppung.

Hoffmann und *Hesse* halten den Fall für Lupus eryth. (Gefäßektasien, lokale Empfindlichkeit?). *v. Zumbusch* erwägt eine sarkoide Erkrankung.

2. Fälle von Melanose an belichteter Gesichtshaut.

Meirowsky. 1. Melanose des Gesichts bei einem Lokomotivheizer.

2. Beginnende Akanthosis nigricans.

3. Ausgedehnte Cutis vertic. gyrata mit Poliosis.

4. 3 Fälle von Recklinghausenscher Krankheit.

Rille weist auf den melancholischen Gesichtsausdruck und seltenen Lidschlag dieser Kranken hin.

5. Moulage einer Riesenepithelzyste am Penis.

Hoffmann zeigt die Moulage von Riesenkomedonen, die durch Artefakt entstanden und in Hufeisenform über den Oberschenkel wanderten.

Habermann. 1. Miliar-Lupoid Boeck bei Lungentuberkulose, histologisch nachgewiesen; neue Aussaat durch Feldstrapazen.

Herxheimer lehnt die Diagnose auf Grund des histologischen Bildes (zu oberflächliche Herde) ab; *Zieler* spricht sich für Tuberkulide aus; *Hoffmann* ist ebenfalls für Boecksches Sarkoid.

2. Mutter und 2 Töchter mit Monilethrix; histologisch präformierte Follikelanomalie (korkzieherartige Knickung des Follikelhalses).

Hesse. 1. Syringozystadenom mit großen rötlichen Knötchen.

2. Lupus erythem. der Haargrenze.

Habermann. Über hysterische und simulierte Hautleiden 7 ungewöhnliche Fälle. Wichtig ist der neurologische Nachweis der Hy. Bedeutungsvoll für die artefizielle Blasenbildung ist die vasomotorische Übererregbarkeit. Therapeutisch: suggestive Behandlung, Faradisieren, fiebererregende intramuskuläre Milchinjektionen (5—10 *ccm*).

Hoffmann erwähnt die Zunahme dieser Fälle im Kriege und zeigt eine Privatpatientin mit typischer Hysterie und Geschwüren und Infiltraten mit serpiginösen, an Gummen oder Erythema indurat. erinnernden Rändern; da fälschlich einmal W.-R. + war, wurde die Patientin mehrfach für syphilitisch gehalten und mit Salvarsan behandelt.

Fabry. 1. Zungenkarzinom.

2. Fall von Porokeratosis Mibelli.

Arning, *Blaschko*, *Hoffmann* u. a. halten denselben für einen typischen Darier.

3. Lichen plan. annul., auch der Mundschleimhaut.

4. Hefereinkulturen vom Rande interdigitaler Dermatosen; Erzeugung solcher durch Hefe-Reinkulturen.

Müller—Mainz. Epidermolysis bullosa heredit. mit Narben.

Habermann. Psoriasis palmaris et plantaris mit starker Hornauflagerung.

Hoffmann. 1. Lues congenita mit schwerer Zerstörung des Gesichts und Auges. Heilung durch 3 Hg-Salvarsankuren.

2. Arzneiliche und gewerbliche Dermatosen durch Kriegsersatzmittel (Schmieröl, Vaseline) und Melanodermitis toxic.



Durch unreine Vaseline entsteht opakgraue, leicht warzige Epithelverdickung. Auch sah H. ein follikuläres Vaselinexanthem, ähnlich Veress' Exanthema folliculare acneiform. Sehr wichtig ist auch die Acne cornea oder Pechhaut, die durch Schmierölersatz entsteht und Pityriasis rubra pilaris vortäuschen kann. An Finger und Handrücken, Rumpf, Gliedern und Kopfhaut entstehen follikuläre, oft schwärzliche Hornknötchen. Daneben immer dunklere Pigmentierung an Gesicht und Rumpf. Dazwischen vereinzelt derbe Akneknoten. Mitunter beginnt auch die Schmierölhaut mit roten, follikulär dichtgestellten, über den subkutanen Venen netzartig angeordneten Knötchen. An Penis und Glans lichenoide Knötchen mit Pigmentierung. Histologisch neben oberflächlicher, an den Follikeln tieferer Entzündung mächtige follikuläre Hornpfröpfe und Hornzysten, sowie starke Anhäufung großer Chromatophoren in der subpapillären Schicht. In anderen Fällen bronze- bis schokoladefarbene Melanosen im Gesicht, netzartig angeordnet, mit oberflächlichem Rundzelleninfiltrat, starker, subpapillärer Chromatophorenanhäufung und Hornschichtverdickung. Für diese Kranken kommt nicht Schmieröl, sondern Licht, heiße Dämpfe, Einatmung teerhaltiger (?) Dünste in Frage Rothaarige und Blonde in Teerdestillationsbetrieben erkranken auch, besonders im Sommer.

3. Demonstrationen von atrophisierenden Follikulitiden der behaarten und unbehaarten Haut; Ulerythema sycosiforme; Sycosis lupoides; Acne decalvans; Folliculitis atrophicans der lanugobehaarten Haut.

4. Knabe mit lichenoiden bis erbsengroßen Knoten an Nates, Rumpf und Extremitäten; entzündliches Infiltrat mit Einlagerung xanthomartiger Riesenzellen. Lichen obtusus oder sekundäre Xanthomisierung? Blaschko spricht sich für reines Xanthom aus und empfiehlt Phosphor.

5. Hinweis auf die im Druck befindliche Therapie der Haut- und Geschlechtskrankheiten (Markus und Weber—Bonn), in der neben der üblichen eine deutsche Benennung der Dermatosen versucht ist.

Paulus. Lupus erythemat. erfolgreich mit Salvarsan behandelt.

v. Zumbusch hat dadurch nie Erfolg gesehen.

Habermann. 1. Diffuse leukämische Lymphadenose des Gesichts und der Schleimhäute.

2. Blasiges und hämorrhagisches Exanthem bei lymphatischer Leukämie.

Hoffmann. Lupus erythem. an Gesicht und Lippenschleimhaut, z. T. erfolgreich mit CO_2-Schnee und Röntgen behandelt. Starke Pigmentverschiebung.

Habermann. Mycosis fung. à tumeurs d'emblée; harte, gruppierte, unverschiebliche Tumoren an Haut, Periost, Tibia und Muskulatur, die auf Röntgen schnell schwinden und rezidivieren.

Gennerich. Entwicklungsursachen der meningealen



Syphilis und therapeutische Beiträge. Entwicklung seiner Ansicht über die Entstehung der Metalues. Die abortive Behandlung der frischen Syphilis mit 1 oder 2 Kuren gibt gute Heilerfolge. Nur bei wenigen Fällen wandern die Spirochäten auch bei kräftiger Behandlung in das C. N. S.; hier kann endolumbale Behandlung noch heilen.

Hesse. 1. Photogramme und Berichte über erfolgreiche Behandlung von Blasentumoren (900—1000 x).

2. Über die Bewertung der epiduralen Injektion bei Enuresis. Epidemieartige Häufungen in Internaten etc. können durch Alkoholbetupfung der Urethra etc. und erzieherische Maßnahmen meist erfolgreich beeinflußt werden. Eine kleine Gruppe zeigt Sensibilitätsstörungen, Degenerationszeichen, Kreuzbeinfisteln, Spina bifida occulta. Besonders empfehlenswert ist die Einspritzung von 10—30 *ccm* physiol. NaCl-Lösung epidural durch den Hiatus sacralis. Man kann bis 100% Heilung erzielen, wenn die organisch bedingten Fälle nicht miteinbezogen werden.

Krakauer (Breslau).

Fachzeitschriften.

Dermatologische Wochenschrift.

Bd. LXIV. Nr. 23—40.

Nr. 23.

Unna, P. G. Eine Diskussion über die militärische Dienstbrauchbarkeit der Hautkranken. p. 521.

Auf Anregung Jesioneks eröffnet Unna in der D. W. die Diskussion über obiges Thema. Als erster äußert sich Jesionek dazu. Er weist auf die Verschlimmerung des Lupus durch die militärische Dienstleistung hin, der Herabsetzung des Ernährungszustandes vorausgeht. Lupuskranke sollten also nicht eingereiht werden. Dasselbe gilt für Leute mit ausgesprochenem Eczema seborrhoicum, da sie durch die Einreihung geschädigt werden und auch der Militärverwaltung dadurch unnötige Kosten erwachsen.

Dem gegenüber vertritt Meirowsky die Ansicht, daß Lupuskranke mit größeren oder kleineren Herden ohne Beteiligung der Drüsen, der Schleimhäute oder der Lunge kriegsverwendungsfähig sind. Patienten mit ausgedehntem Lupus und nicht zu intensiver Beteiligung der Schleimhäute können immerhin noch Arbeitsdienst verrichten, da sie ja auch im Zivil arbeiten. Solche mit starker Anämie und nachweisbarer Lungenerkrankung sind dienstunbrauch-



bar. M. wendet sich auch gegen die Forderung Jesioneks, die Lupuskranken monatelang in der Station zu behandeln. Es besteht hier vielmehr nur die Verpflichtung, die durch den Dienst hervorgerufene Verschlimmerung zu beseitigen. Kranke mit Eczema seborrhoicum sind mit wenigen Ausnahmen als arbeits- und garnisonsdienstfähig anzusehen.

Much, H. Hauttuberkulose. p. 524.

Die mathematische Immunitätsanalyse, ausgeführt mit den Partialantigenen, gibt uns die Möglichkeit einer rechnerisch kontrollierenden Therapie und einen Einblick in das Wesen der verschiedenen tuberkulösen Erkrankungen. Bei Lungentuberkulose finden sich hauptsächlich die gegen Tbc.-Bazilleneiweiß gerichteten Partialantikörper, bei Hauttuberkulose vor allem die gegen die Fette gerichteten. Bei der Entstehung der Hauttuberkulose kommt es lediglich auf den Grad der Immunität an. Bei geringer Zellimmunität der Haut kommt es zum tuberkulösen Geschwür, bei stärkerer zu Lupus, bei der stärksten zu Tuberkuliden. Das Fehlen bestimmter Partialantikörper ist für das Zustandekommen der Hauttuberkulose überhaupt und für die besonderen Formen im einzelnen verantwortlich. Die Ursache der langsam verlaufenden Tbc. ist fast immer eine noch nicht völlig ausgeheilte Kindheitsansteckung mit zwei Entstehungsarten: die Immunität ist in dem einen Fall niemals ganz genügend, in dem anderen Fall ist sie lange Zeit genügend, wird aber durchbrochen. Für das Zustandekommen der ungenügenden Immunität ist vor allem die Erregermenge maßgebend, die die erste Kindheitsansteckung hervorruft. Auch die Beschaffenheit des befallenen Körpers ist fast ebenso wichtig. Durchbrochen werden kann die Immunität durch dazwischen tretende Krankheiten (Masern!), durch schlechte Ernährung, mangelhafte Wohnungsverhältnisse etc. Die Wiederansteckung erfolgt zumeist von innen her. Es erscheint Much fraglich, ob die Hauttuberkulose durch frische Ansteckung von außen entsteht, eben infolge der starken Zellimmunität der Haut.

Kaufmann, J. Ein Fall von Kombination diffuser mit makulöser Hautatrophie. p. 529.

Neben Flächen ausgebreiteter Hautatrophie fanden sich umschriebene Flecke in gesunder oder gering zyanotischer Haut und in diffus atrophischen Herden in Form starker atrophischer Einsenkungen. Mehrere Herde imponierten als Sklerodermie en plaques, bis die histologische Untersuchung die Merkmale einer etwas abweichenden Form von Atrophie mit festerem Gefüge ergab.



Nr. 24.

Galewsky und *Weiser*. Über die Heilung eines Falles von plastischer Induration des Penis durch Röntgenbestrahlung. p. 537.

Innerhalb 3 Monaten wurde der Penis des Patienten in 16 Sitzungen im ganzen 2¼ Stunden mit der Lilienfeld-Röhre bestrahlt. Darnach vollkommener Schwund der Induration.

Pontoppidan, B. Ein Fall von Reinfectio syphilitica 4 Jahre nach Salvarsan-Quecksilberbehandlung. p. 540.

Verf. hält seine Beobachtung für eine Reinfektio, obzwar schon 10—12 Tage nach der Entdeckung der Schanker W.-R. + war, in der Umgebung des Hautschankers mehrere kleine follikuläre Papeln saßen und endlich der Schanker im Sulkus an Stelle der früheren Initialsklerose saß.

Swanson, C. Die Differentialdiagnose zwischen den Hauterscheinungeu bei Pellagra und anderen Hautkrankheiten. p. 543.

Pellagra wird eine immer mehr verbreitete Erkrankung und beschränkt sich auch nicht mehr auf bestimmte Jahreszeiten. Die Hauterscheinungen sind die diagnostisch wichtigsten Symptome. Die Veränderungen im Munde sind unverläßlich, ebenso wie intestinale Störungen und Symptome von seiten des Nervensystems.

Rossen, E. Gewerbsmäßige Prostitution in New-York. p. 553.

Vergleichende Statistik des Umfanges der nachweisbaren gewerblichen Prostitution in den Jahren 1912—16 auf Grund des Berichtes des „Amtes für soziale Hygiene" in New-York.

Nr. 25.

Wohlwill, K. Herpes zoster bei Karzinose der Interkostalnerven. p. 569.

Bei dem Kranken wurde auf Grund einer Virchowschen Drüse in der Supraklavikulargrube, starker Gewichtsabnahme, Schmerzen in Schulter und Beinen die Wahrscheinlichkeitsdiagnose Magenkarzinom gestellt. Später trat ein Herpes zoster an der rechten Thoraxseite auf, im 5. Thorakalsegment. Die Sektion ergab ein Ca. ventriculi und Wirbelmetastasen im 4.—12. Brust- und 1.—4. Lendenwirbel. Die Ganglien dieser Gegend fanden sich bei der mikroskopischen Untersuchung ganz frei von Tumoraussaat, ebenso auch die Nervenfasern. Im Fettgewebe der



Umgebung sämtlicher untersuchter Ganglien fanden sich Metastasen. Von den peripheren Nerven war im 5. Interkostalnerven das Karzinom im proximalen Abschnitt des R. anterior längs der Lymphbahnen in der Umgebung des Nerven weitergewuchert und hatte dann auch den Nerven ergriffen. Der hintere Ast und der distale Abschnitt des vorderen waren frei. Auch das Rückenmark und seine Häute waren normal. Es war also der Zoster eine Folge der Erkrankung des peripheren Nerven. Den Widerspruch zwischen der Ausbreitung des Zoster bis zur Rückenrinne, also auch im Verbreitungsgebiet des hinteren Astes zu seinem Freibleiben von der Erkrankung erklärt Verf. dadurch, daß er in der Affektion des Nerven nicht die letzte direkte Ursache des Zoster erblickt. Er stützt sich hiebei auf die Reflextheorie Kreibichs.

Kraus, A. Beitrag zur Kenntnis der Cutis capitis gyrata. p. 580.

Der Fall ist bemerkenswert durch seine Halbseitigkeit und dadurch, daß die Veränderungen angeboren sind. Verf. möchte daher diese Hautveränderung unter die Entwicklungsanomalien einreihen.

Band LXV.

Nr. 27.

Šamberger, Fr. Weitere Erfahrungen über die lymphatische Hautreaktion. p. 623.

Die lymphatische Reaktion entsteht infolge Sauerstoffmangels des Hautgewebes. Die entzündliche und lymphatische (urtikarielle) Hautreaktion sind nicht nur pathologisch-anatomisch vollkommen selbständige, von einander gänzlich verschiedene Prozesse, sondern auch genetisch verschieden und selbständig. Die entzündliche Reaktion entsteht infolge einer Läsion der Gewebszellen, die zu ihrer Degeneration und Nekrose führt; die lymphatische Reaktion aber ist die Folge des Sauerstoffhungers des Gewebes. Die Erkenntnis der Ursachen dieses Sauerstoffhungers läßt erst eine rationelle Therapie der durch die lymphatische Reaktion entstandenen Hautkrankheiten erwarten.

Eine Diskussion über die militärische Dienstbrauchbarkeit der Hautkranken.

Gegenüber Jesionek verweist Galewsky darauf, daß kleine Lupusherde nicht vom Felddienst ausschließen dürfen. Jene Fälle, in welchen er durch die Strapazen progredient wurde, sind noch immer oft garnisonsdienst- oder arbeitsverwendungsfähig. Stark progredienter oder mit



Zerstörung und starker Entstellung einhergehender Lupus ist natürlich auszumustern. Auch bezüglich der Tauglichkeit von Ekzematikern steht G. auf dem Standpunkte, daß diese in einer großen Zahl von Fällen felddiensttauglich sind.

Zumbusch schließt sich den Ansichten Jesioneks an.

Nr. 28.

Odstrčil, J. Abortivkur und Reinfektion. p. 655.

Empfehlung der Abortivkur im Sklerosenstadium durch chronisch intermittierende Hg- und Salvarsan-Behandlung u. zw. 25—30 Hg-Injektionen und 6—8 Neosalvarsan- oder 4—5 Altsalvarsan-Injektionen in einwöchentlichen Pausen. In den nachfolgenden 2—3 Jahren ist diese Kur dreimal jährlich, ohne Rücksicht auf den Ausfall der Seroreaktion, zu wiederholen (! Ref.). Als Beweis für gelungene Kuren berichtet Verf. über 3 Fälle von Reinfektio und zwar 2 von R. s. post sklerosim cum lue, 1¼ beziehungsweise 1¾ Jahre nach der 1. Infektion, und einen Fall von Reinfectio post sklerosim, 21 Monate nach der 1. Ansteckung, bei dem die Abortivkur wieder gelang. In einem 4. Fall trat die Reinfektio 6 Jahre nach der 1. Infektion auf; bei beiden Geschwüren handelte es sich um extragenitale Infektionen.

Veress, Fr. v. Angeborene (?) symmetrische Narben am Oberkörper und an den Schenkeln. p. 666.

Die Narben erinnerten an die Zickzackfiguren an der Haut vom Blitz Getroffener. Ihre Ursache liegt vielleicht in intrauterinen Verwachsungen zwischen dem Fötus und seiner Hülle, deren gewaltsame Lösung während der Geburt die diesen symmetrischen Narben entsprechenden Verletzungen hervorgerufen hat.

Müller, W. Die Diathermiebehandlung der männlichen Gonorrhoe und ihrer Folgezustände. p. 668.

Schilderung des Instrumentariums und der Behandlungstechnik. Bericht über günstige Erfolge. 50 akute Gonorrhoen. Hier wirkte die Diathermiebehandlung im Sinne einer Abkürzung der Behandlungszeit, besonders ist dies der Fall beim chronischen Tripper (50 Fälle). 75% heilten nach 10—30 Tagen. Ebenso günstig wirkt Diathermiebehandlung bei Prostatitis, Vesikulitis, Epididymitis, besonders günstig bei Infiltrationen und Strikturen, Bakterinurien werden in kurzer Zeit geheilt.



Nr. 29.

Fischer, W. Das Trichophyton granulosum als Erreger menschlicher Trichophytien. p. 687.

Es ist sehr wahrscheinlich, daß sich das Bild der Pilzflora in Deutschland nach dem Krieg wesentlich von dem der Vergangenheit unterscheiden wird. Während vor dem Krieg Trichoph. cerebriforme als banalster Parasit der Bartflechte und als Vertreter der Tiergruppe Tr. gypseum arthroides in Betracht kamen, kommt jetzt Tr. rosaceum, das in England, Niederlanden und Belgien heimisch ist, sowie Tr. gypseum granulosum zur Beobachtung. Auch Tr. equinum ist eingeschleppt worden. Tr. granulosum galt bisher als Erreger von Pferdetrichophytie. Fischer fand diesen Pilz zuerst bei 2 aus Nordfrankreich zurückkehrenden Soldaten, dann beobachtete er noch 20 Fälle, die sich sämtlich im Krankenhaus infiziert hatten. Die Mehrzahl der Fälle waren Körpertrichophytien. Die Reaktion der Haut gegen die Infektion war zumeist recht heftig. Besonders charakteristisch für diesen Pilz ist seine Fähigkeit, durch Einwandern in den Haarfollikel chronische knotige follikuläre und perifollikuläre Infiltrate zu erzeugen, besonders an Hals, Nacken, Bauch und Leisten. Im letzteren Fall besteht Ähnlichkeit mit Eczema marginatum. Besonders bösartig verliefen die Bartinfektionen; Kopftrichophytien führten rasch zur Abszeßbildung. Schilderung des Aussehens der Kulturen. Ein zur Differenzierung wichtiger Unterschied bildet das Wachstum des Pilzes auf reinem Peptonagar. Besonders charakteristisch ist gegenüber Tr. granulos. asteroides die Bildung von kleinen gelben Wassertröpfchen in den mittleren Teilen der Kultur, die an ein bestimmtes Sporulationsstadium gebunden ist. Für Meerschweinchen ist das Tr. granul. stark pathogen.

Klausner, E. Über eine seltene Morpionenlokalisation. p. 699.

Die Läuse saßen an der Stirnhaut zwischen Aknepusteln und Komedonen.

Simmonds, E. Über Prostatahypertrophie. p. 700.

Durchschnittsgewicht und Normalgewicht der Prostata decken sich nur bis zur Mitte der 50er Jahre. Vom 60. an steigt das Durchschnittsgewicht rasch, während das Normalgewicht langsam fällt. Nicht die Hypertrophie, sondern die Atrophie ist das Normale für die Prostata des Greises. Bei der Abgrenzung der normalen Prostata entscheidet nicht die Größe des Organs, sondern das Verhalten der Schnittfläche. Prostaten mit glatter Schnittfläche sind nor-



mal, wenn sie auch das Normalgewicht übersteigen, solche mit knolliger Schnittfläche sind pathologisch, auch wenn ihr Gewicht weit unter der Norm liegt. Die Knollenbildung besteht fast ausschließlich aus gewucherten Drüsen. Myombildungen sind von geringer Bedeutung und treten nur in Begleitung adenomatöser Wucherungen auf. Die Gruppierung in adenomatöse und myomatöse Prostatahypertrophie ist daher bedeutungslos. Die Drüsenknollen gehen von den zwischen Sphinkter und Caput gallinaginis gelegenen periurethralen akzessorischen Drüsen aus und bringen bei weiterem Wachstum die ursprüngliche Prostata zum Schwund. Der atrophische Prostatarest bildet die Kapsel, aus der bei der Prostatektomie die Geschwulst entfernt wird. Rezidive sind nur zu befürchten, wenn bei der Operation Knollen zurückgelassen wurden. Nicht die absolute Größe des Organs, sondern das Verhältnis der Knollen zur Urethra ist für das Auftreten von Miktionsstörungen entscheidend. Die Entwicklung der Prostatahypertrophie ist als eine kompensatorische Bildung aufzufassen, veranlaßt durch die präsenil auftretende Atrophie des Organs. Diese kompensatorische Hyperplasie kann auch zu maligner Entartung führen. Bei der Nomenklatur wird der Ausdruck knollige Prostatahypertrophie empfohlen.

Wolff. Thermische Behandlung der akuten und chronischen Gonorrhoe. p. 702.

Empfehlung von heißen Spülungen der Urethra mit dem „Sanabo" von Paul Wolff oder dem Dreuwschen Apparat für Dauerspülungen der Harnröhre.

Nobl, G. Kurt v. Frisch. Nekrolog.

Nr. 30.

Klausner, E. Über angeborene bzw. hereditäre Zystenbildung im Bereiche der Talgdrüsen. p. 711.

Schilderung von 5 Fällen von Sebozystomatosis mit histologischem Befund. Von besonderem Interesse ist die neue Beobachtung der kongenitalen Anlage und des hereditären Auftretens Es handelt sich bei diesen multiplen follikulären Hautzysten um eine kongenital angelegte vererbbare Neigung des Follikels zur Zystenbildung in seinem Talgdrüsenabschnitt.

Kessler, J. B. Xeroderma pigmentosum und seine Behandlung mit autogenem Serum. p. 716.

Die Besserung im Zustande zweier Kinder „scheint das Resultat der Behandlung mit dem autogenen Serum zu sein".



E i n e D i s k u s s i o n ü b e r d i e militärische Dienstbrauchbarkeit der Hautkranken. p. 720.

B r u c k möchte folgende Fragen in dieser Diskussion stellen: 1. Welche Hautkrankheiten machen völlig dienstunfähig? 2. Welche Hautkranke sind arbeits- und garnisonsdienstfähig? 3. Welche Hautkranke sind felddienstfähig? Vom Heeresdienst schließen völlig aus alle Hautkrankheiten, bei denen Abhebung der Epidermis auf große Flächen stattgefunden hat, wo rezidivierende Hautblutungen auftreten oder abnorme Durchlässigkeit der Gefäße vorliegt oder chronisch entzündliche Prozesse im Korium oder Subkutis die Bewegungsfähigkeit beeinträchtigen oder es zu chronischer Geschwürsbildung gekommen ist. Die anderen akuten und chronischen Hauterkrankungen können zu vorübergehender Dienstunfähigkeit führen, ohne aber prinzipiell Arbeits-, Garnisons- oder Felddienstfähigkeit auszuschließen. Die Schlüsse auf den Lupus und Eczema seborrhoicum ergeben sich aus dem voranstehenden.

F a b r y steht bezüglich des Lupus im ganzen und großen auf dem Standpunkt M e i r o w s k y s.

Nr. 31.

Veress, Fr. v. Ü b e r E x a n t h e m a f o l l i c u l a r e a c n e i f o r m e i m F e l d e. p. 727.

Mitunter tritt bei Soldaten im Felde eine subakute oder chronische Entzündung sehr zahlreicher Follikel am Stamm und an den Extremitäten auf in einer Ausbreitung und Häufigkeit, wie wir es in Friedenszeiten nicht zu sehen pflegen. Die Entzündung beschränkt sich in typischen Fällen nur auf die Follikel und kann sich in 2 verschiedenen Formen äußern. Entweder entsteht eine Aussaat von akuten Follikulitiden in Form von serösen, später eiterhaltigen Pusteln oder aber ein Exanthem von größeren subakuten akneiformen Knötchen, welche in ihrer Mitte einen Komedo oder eingedickten Eiter enthalten. Die Umgebung ist vollkommen gesund. Dem klinischen Bild entsprechend könnte man die Krankheit Folliculitis universalis oder Exanthema folliculare acneiforme universale nennen. Es handelt sich um eine selbständige Erkrankung bei anämischen Soldaten, die sich monatelang nicht reinhalten konnten. Der Inhalt der frischen Effloreszenzen scheint steril zu sein. Die Krankheit gehört demnach nicht zu den Pyodermien. Als Ursache kommt wahrscheinlich die ununterbrochene Reibung seitens der Bekleidung, vielleicht Blutarmut und übermäßige Fleischnahrung in Betracht. Die Behandlung ist manchmal langwierig; leichte Fälle bedürfen ihrer nicht. Die Dienstbar-



keit wird nur durch ein äußerst ausgebreitetes, dichtes, schweres, follikuläres Exanthem gestört.

Morrow, H. Über den Unterricht in der Dermatologie. p. 737.

Bemerkungen über den Wert der dermatologischen Ausbildung des Studenten und Arztes.

Nr. 32.

Meirowsky. Die Organisation einer militärischen Hautambulanz. p. 752.

Schilderung der Einrichtungen einer militärischen Hautambulanz, die Meirowsky in Cöln eingerichtet hat und in der über 6000 Soldaten ambulant behandelt wurden.

Saudek, J. Therapeutische Erfahrungen mit Cignolin. p. 757.

Bericht über 41 Fälle von Psoriasis und 29 von Erythema und dermatomykotischem Ekzem, die mit Cignolin behandelt wurden. Bei den Psoriasisfällen erhielt Verf. besonders günstige Resultate mit einer Modifikation der Dreuwschen Salbe (Acid. salicyl. 10, Ol. fagi 20, Cignolin 5, Sap. virid. Vaselin. aa 25).

Eine Diskussion über die militärische Dienstbrauchbarkeit der Hautkranken. p. 761.

v. Notthafft sieht den Zweck der Diskussion nicht recht ein, da man ebenso wie bei den Krankheiten anderer Organe auch bei denen der Haut nicht schematisieren dürfe, sondern von Fall zu Fall entscheiden müsse. Die bestehenden Vorschriften müssen bei der Beurteilung der Fälle ordentlich gehandhabt werden. Bei der Einstellung solcher Kranker darf man nicht zu rigoros vorgehen, zumal dann die Kranken unter dem Zwang des Militärdienstes doch wenigstens einmal einer entsprechenden Behandlung (besonders gilt dies für Luetiker) unterworfen werden.

Haavaldsen. Caesar Boeck. Nekrolog.

Nr. 33.

Schumacher, F. Neue Reaktionen auf Kernsubstanzen. p. 775.

Nicht beendet.

Winkler, F. Zur Behandlung des Pruritus. p. 791.

Empfehlung des Dichloräthylens, Trichloräthylens und Cycloform. 2% Lösung von Jod in Dichloräthylen ist ein ausgezeichnetes Mittel bei Urtikaria, Herpes zoster und Skabies, sowie im Anfangsstadium der Furunkelbildung und bei juckenden Ekzemen. Um das Brennen nach der Einreibung des Chloräthylen an empfindlicher Haut (Anus, Skrotum) zu verhüten, wird diese vorher mit Cycloform-



pulver eingerieben, Hämorrhoidalknoten mit 10% Cycloformsalbe. Da Nikotin sich in Chloräthylenen löst, könnten diese Lösungen auch bei Skabies und Verlausung (freilich mit der nötigen Vorsicht) versucht werden.

Winkler, F. Über eine Röntgenallergiereaktion der Haut. p. 792.

Röntgenin ruft bei durch längere Zeit bestrahlten Menschen an der Haut eine Kutanreaktion in Form einer papulösen Erhebung hervor.

Nr. 34.

Schumacher, F. Neue Reaktionen auf Kernsubstanzen. p. 799.

Nicht beendet.

Rosenthal, O. Die Diathermiebehandlung der männlichen Gonorrhoe. p. 817.

Erwiderung an W. Müller (s. Nr. 28).

Müller, W. Die Diathermiebehandlung der männlichen Gonorrhoe. p. 818.

Duplik.

Nr. 35.

Bruck, C. Über funktionelle Hautprüfungen. p. 823.

Um die Therapie der Hautkrankheiten auf eine objektive und daher wissenschaftlichere Basis zu stellen, sind funktionelle Prüfungen des erkrankten Organs notwendig, die sich in eine Funktionsprüfung des erkrankten Hautgebietes und in eine solche der scheinbar gesunden Haut gliedern müßten. Die funktionelle Hautprüfungsmethodik müßte enthalten: Prüfung der Stärke der Hautnervenerregbarkeit (taktile Schmerzempfindung, vasomotorisches Reizphänomen etc.). Stärke der Hautempfindlichkeit gegen entzündungserregende Stoffe, Prüfung des Chemismus der Hautoberfläche (Säuregrad der Hautoberfläche, ihre Reduktionsstärke), Prüfung der Imbibitionsfähigkeit der Haut, ihrer Resorptionsfähigkeit, ihrer Ausscheidungsfähigkeit. Alle diese Prüfungen müßten vor Beginn der Behandlung durchgeführt werden. Die anzuwendenden Methoden müßten natürlich möglichst einfach und bequem auszuführen sein; es würde genügen, wenn sie annähernd richtige Vergleichswerte geben.

Bruck gibt selbst eine einfache Methode an, welche über den Säuregrad der Hautoberfläche orientiert und versucht eine Messung der Reduktionskraft der Haut (s. Original). Er hofft auf diese Weise zu einer allgemeinen Methodik der funktionellen Hautprüfung zu kommen.



Wulkan, L. Ein Fall von Skabies unter dem Bilde eines Pemphigus acutus (Skabies pemphigoides). p. 828.

Die bis walnußgroßen Blasen an der Haut des fiebernden und anscheinend schwerkranken Knaben waren dichter an den Prädilektionsstellen der Skabies lokalisiert. Der Befund eines Milbenganges in der Decke einer großen Blase an der Vola manus lieferte dann die Diagnose Skabies. Die Blaseneruption ist als eine exogen entstandene Pyodermie aufzufassen, hervorgerufen durch das Kratzen. Kurze Schilderung eines 2. gleichartigen Falles aus der Praxis von Rusch.

Schumacher, J. Neue Reaktionen auf Kernsubstanzen. p. 835.

Die umfang- und inhaltsreiche chemische Arbeit Schumachers in einer kurzen Inhaltsangabe zu referieren, ist ganz unmöglich. Sie zerfällt in 7 Kapitel, in welchen das Albargin-Pyrogallol-Kernbild, das Hg-Kernbild, das Osmiumkernbild, das Ruthenium-Kernbild, das Phosphinkernbild, die Eisennukleinbilder. das Salvarsan-Albargin-Kernbild geschildert werden. Bezüglich der Einzelheiten sei auf das Original verwiesen.

Nr. 36.

Perutz, A. Zur Theorie der Quecksilberwirkung bei Syphilis. p. 855.

Aus Gründen experimenteller und klinischer Natur ist anzunehmen, daß Hg nur ein indirektes, sekundäres Antisyphilitikum ist. Als Beweis führt Perutz einen Fall mit sekundärem ulzerös-krustösem Syphilid und negativer W.-R. an, bei dem Hg-Behandlung völlig versagte. Erst nach kräftiger Ernährung und Jodverabreichung produzierte der Pat. wieder Antikörper, die W.-R. wurde +. Nach der 1. neuerlichen Hg-Injektion trat auch Herxheimer auf und die Erscheinungen begannen zurückzugehen.

Bessunger, H. Über epidemisches Auftreten von Trichophyton rosaceum. p. 859.

6 Fälle unter dem Bilde staubartig-schuppender, kreisförmiger, polyzyklisch aber auch gradlinig begrenzter Herde an der Haut, des Gesichtes, Nackens, Rückens und Halses.

Hecht, H. Zur Fieberbehandlung der Gonorrhoe. p. 861.

Bericht über Spontanheilung eines sehr hartnäckigen Trippers im Verlaufe eines schweren Typhus abdominalis und über die Erfolge der Fiebertherapie. Leider sind die Methoden, durch Temperatursteigerung des Gesamtkörpers



bis 42° die Gonokokken abzutöten, praktisch wenig brauchbar und erzeugen starke subjektive Beschwerden. Etwas erfolgreicher scheint die lokale Fiebererzeugung (Halbbäder) zu sein. Auch das nach Milchinjektionen bei Tripperkomplikationen auftretende hohe Fieber, sowie jenes interkurrierender Erkrankungen war nach den Beobachtungen Hechts nicht im stande, die Gonokokken dauernd zum Verschwinden zu bringen.

Nr. 37.

Nobl, G. Isolierte Blennorrhoe aczessorischer Penisgänge. p. 871.

Schilderung des Krankheitsbildes isolierter blennorrhoischer Paraurethritis (6 Beobachtungen), der gonorrhoischen Erkrankung der Ductus praeputiales und cutanei (5 Fälle) nebst histologischem Befund.

Wolff. Über einen nur der Lues eigentümlichen Farbenton der gesamten Hautdecke. p. 879.

Die gesamte Hautdecke zeigt bei unbehandelter Sklerose und unbehandelter Lues eine Veränderung des Farbentones, der dann stumpf und terrakotenfarben erscheint. Unter der Behandlung nähert sich die Farbe dem normalen Ton, scheint aber nie mehr ganz normal zu werden. Besonders ausgeprägt ist diese Nuance beim luetischen Säugling. Die Ursache dürfte in einer Veränderung im Blutrot des Blutes der oberflächlichen und tiefen Hautgefäße gelegen sein.

Solger, B. Behandlung der Folliculitis vestibuli nasi mit Acid. carbol. liquefact. p. 881.

Ein mit Acid. carbol. liquef. getränktes Wattestäbchen wird gegen die befallene Partie angepreßt. Eventuell Wiederholung der Ätzung nach 12 Stunden.

Nr. 38.

Wichmann, P. Die Diagnose der Hauttuberkulose durch Vergleichung der im Krankheitsherde und Normalhaut angestellten Intrakutaninjektion. p. 887.

Die Injektion wurde intrakutan mit feinster Kanule u. zw. beim Erwachsenen $^1/_{10}$—$^1/_{100}$ *mg* Alttuberkulin in 0·1 physiologischer Kochsalzlösung gelöst (bei Kindern $^1/_{100}$—$^1/_{1000}$ *mg*) in Krankheitsherd und Normalhaut gegeben. Traumatische Reaktionen verschwanden fast immer nach 48 Stunden; um diese Zeit ist die spezifische Reaktion gut ausgebildet: Rötung, Schwellung, harte Knötchen oder derbe Papeln. Nur wenn der Krankheitsherd bei gleicher Dosis deutlich stärker reagiert als die Normalhaut, ist die Diagnose Tuberkulose des Herdes zulässig. Reagiert der Krank-



heitsherd schwächer als die Normalhaut, so ist dies an sich kein sicherer Beweis gegen Tuberkulose. Die Intensität der Reaktion ist im allgemeinen proportional der Entwicklung des Tbc.-Prozesses. In 20 von 28 Fällen von Lupus ergab die Methode deutliche Differenz. Bei Ausschaltung von 4 Fällen, in welchen Narbenbildung die Einwirkung des Tuberkulins unmöglich machte, bewährte sich die Methode in 20 von 24 Fällen. In 10 Fällen von Lupus erythematodes ergab die Injektion 8mal die tuberkulöse Natur der Erkrankung. Von den „Exanthemen der Tbc." will Verf. später ausführlich berichten. Angiolupoid und Granuloma annulare wurden durch die Reaktionen als zur Tbc. gehörig erkannt. Bei nicht tuberkulösen Krankheitszuständen der Haut blieb sie negativ.

Wichmann, P. Ulzeröse Schleimhauttuberkulose der Nase mit Übergreifen der Ulzeration auf die Haut. p. 901.

Das Vorkommen großer tuberkulöser Ulzerationen im vorliegenden, auch histologisch untersuchten Fall als einzige Erscheinungsform der Hauttuberkulose ist selten. Andernorts angewendete Hg-Kur hatte Verschlimmerung bewirkt, JK geringe Besserung. Da Pyrogallol, Quarzlicht, Röntgen, Finsen, Alttuberkulin versagen, wird die Nase mit Forestscher Nadel im Gesunden amputiert und das Naseninnere mit Mesothor behandelt. Darnach Heilung bis auf geringe Reste.

Nobl, G. Stefan Weidenfeld. Nekrolog.

Nr. 39.

Levin, E. Die Abortivbehandlung des Trippers. p. 911.

Nicht beendet.

Nr. 40.

Sjöquist-Rhodin Tyra. Einige Erfahrungen über Luetin. p. 927.

Die Kutanreaktion mit Luetin hat in frühen Fällen von Lues keinen praktischen Wert, während sie besonders im Tertiärstadium ein wertvolles diagnostisches Hilfsmittel werden kann, da sie hier viel konstanter ist als die W.-R.

Levin, E. Die Abortivbehandlung des Trippers. p. 931.

Ausführliches kritisches Referat.

Ludwig Waelsch (Prag).



Dermatologisches Zentralblatt. XX.

Nr. 12.

Wolff, Metz. Primäre spastische Spinalparalyse auf der Basis von Syphilis hereditaria tarda. p. 194.

Ein 10 Jahre altes Mädchen zeigte seit mehreren Wochen einen auffällig steifen schleifenden Gang. Hutchinsonsche Zähne, ein für Lues hereditaria charakteristischer Schädeltypus mit stark entwickelten Tubera frontalia und ein dem Alter des Kindes nicht entsprechendes geistiges Verhalten bei ausgesprochen spastischem Gang waren zu konstatieren. Mit Rücksicht auf die zugegebene frühere Lues des Vaters, des Verlaufes verschiedener Entbindungen der Mutter sowie der objektiven Befunde stellte Wolff die Diagnose auf primäre hereditärsyphilitische spastische Spinalparalyse.

XXI. Nr. 1.

Max Joseph und *Kohnheim.* Über Urobilinurie bei Hautkrankheiten. p. 2.

Bei den interessanten Untersuchungen über den Zusammenhang von Dermatosen mit inneren Vorgängen des Organismus wurde mit Hilfe der Ehrlichschen Aldehydreaktion der Harn auf Urobilinogen untersucht und hiebei jene Hautkrankheiten herangezogen, bei welchen eine allgemeine Beteiligung des Organismus zu erwarten war. Es wurden 126 verschiedene Dermatosen untersucht. Es zeigte sich, daß bei universellem Ekzem und Lichen ruber planus das Urobilinogen vermehrt war, um mit dem Abklingen der Erkrankung ebenfalls zu sinken. Bei Lues war das Urobilinogen oft vermehrt, bei Lues II ist die Reaktion stets positiv.

Wolff, Metz. Zur Untersuchung bei männlicher Gonorrhoe. p. 4.

Die von Theodor Meyer empfohlene exploratorische Untersuchung der großen Drüsen der vorderen Harnröhre hält Autor nach seinen Erfahrungen für sehr zweckmäßig und ergänzt sie durch Modifikationen. Spätestens nach Ablauf der stürmischen Initialerscheinungen soll die Anterior auf der mit Spir. sapon. kalin. gut versehenen Sonde ausmassiert werden. Man bekommt dann förmlich eine Projektion der Lokalisierung der Drüsenerkrankung der Anterior. Auch die Massage der drüsenreichen weiblichen Urethra auf geraden mit Spir. sap. kal. bestrichenen Metallsonden mit nachfolgenden heißen Auswaschungen wäre zu empfehlen. Hugo Fasal (Wien)



Zeitschrift für Sexualwissenschaft.

Band IV. Heft 5.—8.

Löwenfeld, L. Sexualchemismus und Sexualobjekt. p. 153.

Bei Tieren gelingt es, durch Änderung der Sexualhormone das Sexualobjekt zu verändern (Versuche von Steinach). Den naheliegenden Schluß, beim Menschen ähnliche Verhältnisse anzunehmen, wie es Bloch und auch Hirschfeld taten, billigt L. nicht betreffs Entstehung der Homosexualität. Sie wird durch Vorhandensein einer zwittrigen Pubertätsdrüse nicht ausreichend erklärt. Unverständlich blieben da z. B. die Neigungen der Urninge vor der Pubertätszeit, ebenso die Variationen ihres Sexualobjektes nachher. Höchstwahrscheinlich sind äußere Einflüsse bei Vorhandensein einer gewissen angeborenen Veranlagung, welche über die bei jedem Menschen bestehende bisexuelle hinausgeht, maßgebend. Immerhin spielen die Sexualhormone bei beiden Geschlechtern für Schwankungen in der Stärke des Geschlechtstriebs die größte Bedeutung.

Rosenthal. Die Regulatoren der menschlichen Fortpflanzung. p. 123 u. 165.

Bisher überließ man die Fortpflanzung einer Art Selbstregulierung. Immerhin gibt es Faktoren, die hier verschieden einwirken: die Geschlechtsliebe, Form der Ehe und Familie, wirtschaftliche Verhältnisse u. dgl. Damit ist aber die Konstanz der Fortpflanzung noch immer nicht geklärt; man nahm deshalb als regulierenden Faktor der Gattungserhaltung entsprechend dem vermeintlichen „Selbsterhaltungstrieb" auch einen „Fortpflanzungstrieb" als wirksames Naturprinzip an; jener diente der Erhaltung des Individuums, dieser der der Gattung. Einen solchen gibt es aber nicht. Der Geschlechtstrieb ist nicht Fortpflanzungstrieb; die Fortpflanzung ist nur eine Folge, die oft nicht nur nicht erstrebt, sondern geradezu nicht gewünscht wird.

Vaerting, M. Über den Einfluß des Krieges auf Präventivverkehr und Fruchtabtreibung und seine eugenischen Folgen. p. 137 u. 176.

Im Kriege wurde die Kenntnis von der Technik des Präventivverkehrs im Volke allgemein verbreitet. Die ungünstige wirtschaftliche Lage wird sicherlich auch nach dem Kriege keinen Anreiz zur Kinderzeugung bieten; verstärkend in dieser Richtung wird der ungeheuere Frauenüberschuß wirken. Findet trotz Anwendung von Präventivmitteln eine Befruchtung statt, dann gelangt nur ein durch das betreffende Mittel verschlechterter Samen zur Befruch-



tung, wodurch die Qualität der Nachkommenschaft leiden dürfte. Andererseits liegt darin eine Ursache zu künstlichem Abortus. In eugenischer Hinsicht müßte man geradezu die Abtreibung straffrei lassen und die Kenntnis guter Präventivmittel verbreiten. Der Erfolg wäre 1. Verminderung minderwertiger Nachkommenschaft aus mißglücktem Präventivverkehr; 2. Herabsetzung der Zahl der Abtreibungen und dadurch bessere Erhaltung der Frauengesundheit.

Horney, Karen. Die Technik der psychoanalytischen Therapie. p. 185 u. 221.

Zu kurzem Referate nicht geeignet.

Blum, Georg. Die Frauenfrage in England. p. 191.

Zu kurzem Referate nicht geeignet.

Schultze, Ernst. Englische Sexualprüderie. p. 199.

Der Titel sagt alles.

Lipschütz, Alexander. Pubertätsdrüsen und Sexualität. p. 209.

Es ist erwiesen, daß die Zwischenzellen des Hodens die innersekretorischen Ausscheidungen besorgen. Durch Transplantation des Hodens bei Säugetieren gehen die samenerzeugenden Teile zu grunde, das Zwischengewebe aber ist gewuchert und nimmt das ganze Transplantat ein. Im Ovarium spielen Zellen, die am Aufbau der Theca interna der Follikel beteiligt sind, dieselbe Rolle. Diese Gewebe nennt Steinach Pubertätsdrüsen. Es ist aber keineswegs sicher, daß nur die innere Sekretion wirksam ist. Das transplantierte Organ wird mit Nervenfasern versorgt, die in das Transplantat eingedrungen sind. Die Pubertätsdrüsen entfalten ihre Wirkung in geschlechtsspezifischer Weise, fördern das Wachstum der homologen und hemmen es bei den heterologen Geschlechtsmerkmalen. Sie sind im stande, ein asexuelles embryonales Soma in spezifischer Weise zu beeinflussen und seine sexuelle Richtung zu bestimmen. Wo beiderlei Pubertätsdrüsen zur Wirkung gelangen, entstehen Zwitter.

Zude, Waldemar. Die phylogenetische Entwicklung des hominiden Geschlechtsapparates. p. 228.

Zu kurzem Referate nicht geeignet.

Hugo Hecht (Prag).

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1917. Nr. 9.

Pellier, J. Über einen Fall von Lichen ruber planus (sklerös-atrophische Form). p. 445.



Fall von Lichen bei einer 58jährigen Frau, der sich in Form einer weißen, ins Violett spielenden Plaque am linken Rippenbogen zeigt, deren Peripherie eine starke Pigmentierung aufweist. Im Bereiche der Pigmentierung finden sich noch kleine, rundliche, weiße Inseln. Die Plaque läßt bei seitlichem Druck eine bedeutende Härte erkennen. Die Oberfläche weist punktförmige Vertiefungen auf. Die hintere gegen den Rücken zu verlaufende Partie weist im Bereiche der Pigmentation kleine atrophische Partien auf. Im Beginne soll die Affektion stark gejuckt haben.

Histologisch fand Verf. eine Zunahme der Hornschicht und ein intra- und extrazelluläres Ödem der Malpighischen Schicht. In der Kutis unterhalb der Papillarschicht ein leichtes, vorwiegend perivaskuläres Infiltrat.

Pellier hält seinen Fall für identisch mit dem Lichen porcelainé von Gougerot und dem Lichen albus von Zumbusch und bezeichnet ihn als Lichen ruber sclerosus atrophicus.

Lebar. Haarzunge und Keratochromoglossitiden. p. 450 und Nr. 10. p. 512.

Nach genauem Studium der Literatur und nach eigenen besonders bakteriologischen Untersuchungen kommt Lebar zum Schlusse, daß die Haarzunge nicht als eine parasitäre Krankheit aufgefaßt werden könne. Von der typischen Haarzunge gebe es eine Menge von Übergängen bis zur sog. belegten Zunge mit den verschiedensten Farbentönen. Ätiologisch scheinen Entzündungserscheinungen an der Zunge selbst oder deren Nachbarschaft in Frage zu kommen. Stets sei eine Glossitis zu konstatieren, die zu einer starken Zellvermehrung und Verlängerung der Papillen führe. Die Spitzen der Papillen werden braun bis schwarz, je nach dem Grade der Hyperkeratose der Epithelzellen. Eine stark belegte Zunge könne so allmählich bis zur Haarzunge sich entwickeln und umgekehrt sei es möglich, daß die Haarzunge sich allmählich zur gewöhnlichen belegten Zunge zurückbilde. Auch chemische Reizungen sollen zu Glossitis führen können. Die Zungenveränderungen sind nach Verf. mit Vorliebe vor den Papillae vallatae lokalisiert, wo die Traumen der Sprache und der Mastikation auf das Minimum beschränkt sind.

Montpellier. „Physiologische" Pigmentflecke der Schleimhäute; ihre Histologie. p. 465

Verf. hält die Pigmentflecke der Mundschleimhaut in Anlehnung an Eichhorst nicht für eine pathologische Erscheinung, d. h. das Symptom irgend einer anderen Krankheit, sondern glaubt, daß sie, wie z. B. die Epheliden, eine



gewissermaßen „physiologische“ Dyschromie darstellen. Histologisch handelt es sich um eine starke Ansammlung von Pigment in den Basalschichten der Epidermis mit dem Maximum in den Basalzellen der interpapillären Epithelzapfen. Keine Zellreaktion von Seite der Kutis, aber Vorhandensein einer mäßigen Zahl von Melanoblasten. Gegen die Oberfläche der Epidermis zu soll das Pigment mehr und mehr abnehmen und nur noch in Form von feinen Körnern vorkommen. Verf. spricht sich zu Gunsten einer epithelialen Genese des Pigmentes aus und bezeichnet den Pigmentstrom als zentripetal und nicht zentrifugal.

Lutembacher. Über einen Fall von Anidrosis. p. 470.

Fall von mangelnder Schweißsekretion bei einer sonst gesunden Frau, die bei Insolationen zu schweren Störungen führt. Sobald Pat. im Sommer bei Sonnenschein spazieren geht, kommt es trotz Hut und Sonnenschirm sehr bald zu folgenden Störungen: Der Kopf wird blaurot, Pulsationen in der Schläfengegend, dabei Angstgefühl, wirre Gedanken, Schwindelerscheinungen und manchmal Erbrechen. Pat. ist gezwungen, einen schattigen Platz aufzusuchen. Temperatur steigt auf 38—39°, Puls beschleunigt, regelmäßig, Atmung ebenfalls beschleunigt. Die Haut bleibt vollkommen trocken. Blutdruck nicht erhöht. Die Temperatur kehrt nach ungefähr einer Viertelstunde Ruhe zur Norm zurück. Die übrigen Erscheinungen gehen nach einer Nacht spurlos vorüber. Bei einer fieberhaften Affektion von 39—40° Fieber konnte Pat. ebenfalls nicht schwitzen, fühlte sich aber nicht von ähnlichen Symptomen befallen wie bei der Insolation. Sie soll im übrigen leicht frösteln und liebt warm geheizte Räume.

Die Haut zeigt klinisch keine Veränderungen, eine histologische Untersuchung konnte nicht vorgenommen werden.

Nr. 10.

Bulliard, H. Lokalisation der Pediculi vestimentorum und deren rasche Feststellung. p. 501.

Bei 30 Soldaten, die wegen verschiedener Hautaffektionen in die Ambulanz kamen, fand Verf. 15 mal Pediculi vestimentorum am Körper und zwar hauptsächlich am Pubis. Bei 22 Fällen wurden überdies in mehr oder minder großer Zahl Nisse konstatiert. Er glaubt, daß der Pubis ein Lieblingsaufenthaltsort der Pediculi vestimentorum darstelle und daß man im allgemeinen die Diagnose dort mit Leichtigkeit und sehr rasch stellen könne. Bulliard gibt



dann in eingehender Weise noch Details über die Struktur und die differentialdiagnostischen Merkmale der Nisse von Pediculi pubis, vestimentorum und capitis.

Bei Anwesenheit von Tieren lasse sich die Differentialdiagnose zwischen P. capitis und vestimentorum leicht mittels Zählen der Zellen des Deckels der Nisse machen.

Zur Beseitigung der Tiere soll die Desinfektion der Kleider in gleicher Weise wie bisher gemacht werden. Am Körper sei die Entfernung der Haare zweckmäßig, im übrigen genüge eine energische Seifenwaschung mit nachfolgender Einreibung mit Kampferöl, Sublimatessig usw.

Dubreuilh und *Douence.* Diffuser Pemphigus acutus. p. 526.

Bei einem 14½ jährigen Mädchen zeigte sich nach einer Appendektomie Blasenbildung zuerst an der Narbe, dann am Rücken, im Gesicht und an den Extremitäten. Die Epidermis war zum Teil im großen Umfange von der Unterlage abgehoben und das Nikolskysche Zeichen war deutlich konstatierbar. Temperatur stieg auf 38–39°. Schließlich bildete sich an der Operationsnarbe ein großer Abszeß, der inzidiert werden mußte. Bald darauf Abfall der Temperatur, Abschuppung und Heilung. Bakteriologische Untersuchungen konnten nicht ausgeführt werden. Die genauere Deutung des Falles bleibt in suspenso.

Max Winkler (Luzern).

Annales des maladies vénériennes. 1917.

Nr. 1.

Gaucher und *Bizard.* Die Syphilis nach 2 Kriegsjahren. p. 1.

Verf. konstatieren eine starke Zunahme der Syphilis nach 2 Kriegsjahren. Sie berechnen für die Klinik Gaucher für die ersten 16 Monate eine Zunahme um beinahe die Hälfte der Zahl der Syphilitiker vor dem Kriege. Für die folgenden 8 Monate stellen sie eine Zunahme um fast ²/₃ fest. Bei der Zivilbevölkerung sollen namentlich die Jünglinge unter 20 Jahren und die etwas bejahrteren Männer, die nicht mehr dienstpflichtig sind, in einem stärkeren Prozentsatz als früher erkrankt sein. Bei den Militärs weisen die verheirateten Männer im mittleren Lebensalter eine ziemlich starke Beteiligung auf. Ebenso die verheirateten Frauen. Fast ²/₃ der syphilitischen Frauen sollen verheiratet gewesen sein. Verf. nehmen an, daß die meisten von ihren Männern im Urlaub infiziert worden sind.

Verf. machen für diese betrübenden Erscheinungen





z. T. die mangelhafte Ausbildung der Ärzte in der Syphilidologie verantwortlich. So sollen immer noch krasse Fälle von Fehldiagnosen vorkommen, wovon die von ihnen zitierten Fälle Zeugnis ablegen. Sie verlangen eine energischere Bekämpfung der Seuche durch die Behörden, eine intensivere Aufklärung des Militärs und eine bessere Ausbildung der Ärzte. Letzteres würde nach Gaucher am besten in Form eines für den Studenten obligatorischen Aufenthaltes von 2—3 Monaten in einer Hautklinik zu erreichen sein.

Gaucher. Syphilis ohne Schanker bei der Frau. p. 10.

Verf. glaubt, daß es bei der Frau Fälle von Syphilis gibt, bei denen es nie zu einem Primäraffekt gekommen ist. Er glaubt ungefähr 10 solche Fälle beobachtet zu haben. Er stellt sich die Infektion so vor, daß das luetische Virus mit dem Sperma in die Uterushöhle eindringe, daselbst durch des Zylinderepithel resorbiert werde und in die allgemeine Zirkulation gelange. Die Fälle verlaufen in der Regel sehr leicht und werden häufig erst im Tertiärstadium oder durch die Wassermannsche Reaktion entdeckt. Bei dem Manne sollen manifeste Erscheinungen ebenfalls in den meisten Fällen fehlen. Die Schleimhäute mit Zylinderepithel saugen die Flüssigkeiten auf, während das Plattenepithel die Flüssigkeit nicht durchlasse. Deshalb die Differenz zwischen Uterusschleimhaut und z. B. Vaginalschleimhaut.

Gaucher berichtet dann ferner über 2 Fälle, bei denen er glaubt, daß die Spirochäten anläßlich einer Operation durch den Chirurgen, resp. dessen Assistenten übertragen worden sei.

Gougerot et *Clara.* Syphiloide Ulzerationen mit oder ohne Kriegswunden. p. 17.

Verf. beobachtete eine Anzahl von Läsionen auf der Haut, die klinisch ganz wie syphilitische Manifestationen aussahen, bei denen aber die Wassermannsche Reaktion negativ ausfiel und die Spezifika versagten. Auch die Simulation konnte ausgeschlossen werden. Ebenso brachte die bakteriologische Untersuchung keine Klärung. Die Läsionen traten teils auf Kriegswunden auf, teils waren sie unabhängig von solchen. Die Fälle sind im Texte genauer beschrieben und werden einstweilen als syphiloide Ulzerationen bezeichnet, die wahrscheinlich mit Syphilis nichts zu tun haben.

Jacquot. Absolut schmerzlose Kalomelölpräparate. p. 40.

Verf. gibt zwei Vorschriften für Kalomelsuspensionen, die sehr gut vertragen werden sollen. Die erste lautet:



Calomel vapore paratum, in Alkohol gewaschen
und getrocknet . . . . 5·0,
Guajacol . . . . 10·0,
Camphor. trit. . . . . 10·0,
Ol. olivar. in Alkohol gewaschen und sterilisiert q. s. ad . . . . 100 ccm.

Die zweite Formel ist viel komplizierter und ist im Originaltext nachzulesen. Sie wird gewonnen durch Hinzufügen von Axungia porci.

Nr. 2.

Lévy-Bing, *Mignot* und *Lipschitz*. 6 Monate Betrieb in einer Militärabteilung für Geschlechtskranke (1. April bis 1. Oktober 1916). p. 65.

Verf. besprechen die Improvisation eines Armeespitales für Venerische in einer Reitschule. Die Anlage scheint sehr zweckmäßig gewesen zu sein und war mit den nötigsten physikalischen Untersuchungsapparaten versehen (Ultramikroskop, Instrumentarium für die Wassermannsche Reaktion usw.). Auch ein zahnärztliches Kabinett mit Militärzahnarzt war dem Lazarette zugeteilt. Verf. haben in 6 Monaten 1149 Patienten aufgenommen, davon litten an Lues 478, an Gonorrhoe 519, an Ulcus molle 69 — 9 davon hatten einen Chancre mixte —, an spitzen Kondylomen 12 und an Balano-Posthitis erosiva circinosa 26. Bei 45 handelte es sich um nicht venerische Affektionen, die als Fehldiagnosen eingeliefert wurden. Von diesen 1149 mußten nur 137 in das Spital evakuiert werden, alle übrigen konnten nach durchschnittlich 23 Tagen zu ihren Truppenkörpern zurückgeschickt werden.

Die Lues wurde hauptsächlich mit Neosalvarsan und Hg bijod. behandelt, die Gonorrhoe mit Janetschen Spülungen mittels Kal. permang. in schwachen Konzentrationen 1 : 20.000 – 1 : 10.000. Nur bei Komplikationen oder längerer Dauer wurde zu anderen Maßnahmen (Instillationen von Arg. nitric. usw.) gegriffen.

Gougerot und *Clara*. Klaviforme und zirzinäre Keratosis gonorrhoica, die von einer nicht erkannten Gonorrhoe herrührte. p. 108.

Ein 31jähriger Militärarbeiter zeigt an den Fußsohlen zirzinäre hyperkeratotische Plaques mit zahlreichen klavusartigen Bildungen. Letztere zeigen sich in Form von hemisphärischen oder meistens konischen Erhebungen und bestehen aus einer dicken weißen Hornmasse mit rötlichem Halo. Die Plaques bilden eine Art Hornsohle und überziehen fast die ganze Planta pedis. Die Schuppen sind



mehrere Millimeter dick, kompakt, weißgrau und stark adhärent. Die Ränder sind unregelmäßig, meist zirzinär und zeigen ebenfalls einen roten Rand. In der Mitte der Herde ist die Hornschicht meist etwas aufgelockert, ohne indes die für Psoriasis charakteristischen Merkmale aufzuweisen. Die sog. Calli finden sich häufig am Rande der Plaques.

Ebensolche Veränderungen finden sich an den Handtellern, aber in viel leichterem Grade; die Veränderungen scheinen mehr abortiv zu sein.

Es finden sich weitere Veränderungen an den Armen in Form von roten, mit dicken Schuppen bedeckten Herden. Endlich sind an der Stirn kleine Hornkegel zu konstatieren, die hauptsächlich an der Haargrenze lokalisiert sind. Am behaarten Kopf uncharakteristische Pityriasis.

Die Affektion ist kompliziert mit einer Gonitis sinistra. Dieselbe Affektion soll schon vor 3 Jahren bestanden haben mit rechtseitiger Gonitis und nach zirka 18 Monaten ohne spezifische Behandlung geheilt sein. Bis jetzt ist nie nach einer Gonorrhoe gefahndet worden. Erst den Verf. gelang es, Zeichen einer alten Urethralgonorrhoe zu konstatieren und die Ätiologie abzuklären.

Therapeutisch sollen Resorzinverbände teils in wässeriger, teils in öliger Form in Kombination mit Salizyl und Teer die besten Resultate gegeben haben.

Nr. 3.

Gaucher. Über die Beziehungen des Lupus erythematodes zur hereditären Lues. p. 139.

Gaucher hat neuerdings eine Anzahl Fälle von Lupus erythematodes beobachtet, bei denen die W.-R. positiv ausgefallen sein soll und bei denen die spezifische Behandlung zum Teil eine bedeutende Besserung und in einem Fall eine Heilung erzeugt haben soll. Verf. glaubt, daß es sich bei diesen Fällen um eine hereditäre Lues gehandelt hat und daß die Lues die Ursache des Lupus erythematodes sei. Allerdings geht er nicht so weit, sämtliche Fälle von L. erythematodes für luetischen Ursprungs zu erklären, sondern läßt auch noch die tuberkulöse Ätiologie gelten. Für einen Teil der Fälle hält er sowohl die Tuberkulose als die Lues für ätiologisch in Betracht kommend in dem Sinne, daß die hereditäre Lues das Auftreten des L. erythematodes bei Tuberkulose begünstige.

Gaucher. Die Finsenbehandlung der Keloide. p. 137.



Verf. sah bei 3 Fällen von Keloid ein gutes Resultat von der Finsentherapie.

Wie man die Syphilis durch 606 sterilisiert. Fortsetzung.

Ribemont-Dessaigne beobachtete eine Frau, die anno 1914 luetisch infiziert wurde, 20 606-Injektionen bekam und im gleichen Jahr ein 8 Monate altes mazeriertes Kind gebar. Im Jahre 1917 nochmals mazerierte Totgeburt im 7. Monat.

Gaucher berichtet ebenfalls über 3 Fälle, bei denen bald nach einer spezifischen Behandlung mit 606 teils Rezidive, teils positiver Wassermann zu konstatieren waren. Der eine Fall, eine Tabes, soll sich trotz intensivster Behandlung verschlimmert haben.

Gougerot und *Clara*. Syphiliskeloid. p. 143.

Fall von großem Keloid am Gesäß, untermischt mit syphilitischen Gummata bei einem Araber. Unter der spezifischen Therapie gingen die spezifischen Läsionen zurück, während das Keloid nicht beeinflußt wurde. Verf. glauben, daß die Lues auf disponiertem Terrain zu Keloiden führen könne, die dann als gutartige Neubildungen eine gewisse Selbständigkeit erwerben. Häufiger noch als die Lues führe die Tuberkulose zur Keloidbildung. Neben der eigentlich mit dem luetischen Prozeß sich einstellenden Keloide nehmen Verf. noch ein postsyphilitisches Narbenkeloid als häufiger vorkommend an. Gegen das Keloid empfehlen sie die Radiotherapie.

Lévy-Bing. p. 149.

2 gleich alte 19jährige Männer — Soldaten — hatten zu derselben Stunde einen Verkehr mit derselben Prostituierten und bekamen nach 10 Tagen an derselben Stelle am Penis einen Primäraffekt. Sie wurden erst im Sekundärstadium behandelt, wobei das Exanthem bei beiden zu gleicher Zeit verschwand.

Nr. 4.

Carle und *Boucart*. Über den Verlauf der Syphilis bei den Marokanern. p. 193.

Bei einem aus Arabern und Berbern bestehenden Marokaner Regiment, das 1700 Mann zählte, konnten Verf. 18% = 310 Syphiliskranke konstatieren. Sie halten diese Zahl für ein Minimum der vorhandenen Fälle, da sie eine größere Zahl von latenten Tertiärluetischen vermuten. Aufgefallen ist ihnen die kleine Zahl von Primäraffekten — nur 2 von diesen 310 Fällen litten an Schanker. Der Grund hievon liegt nach den Verf. an der Frühinfektion mit Lues,

sei es hereditär oder im jugendlichen Alter, da $^2/_3$ der einheimischen Bevölkerung mit Lues infiziert sein soll. Wo Schanker konstatiert werden, nehmen sie häufig einen phagedänischen Charakter an.

In der Sekundärperiode ist den Autoren das seltene Vorkommen von Roseolen aufgefallen, ebenso die Seltenheit der sekundären Hautmanifestationen, während die Genitalien eine Lieblingslokalisation der Lues II sein sollen. Sehr häufig sollen Rezidive besonders der Mundschleimhaut vorkommen.

Im tertiären Stadium sollen große Ulzerationen häufig sein, die auf die Behandlung sehr rasch reagieren.

Erscheinungen von Seite des Nervensystems wurden in keinem Falle konstatiert. Ob die Enthaltung von Alkohol dabei eine Rolle spielt, wagen Verf. nicht zu entscheiden.

Die Gonorrhoe war außerordentlich häufig und die Autoren rufen nach bessern prophylaktischen Maßnahmen von Seite der Legislative.

Butte. Die ärztliche Überwachung der Prostitution in Paris während des Krieges. p. 203.

Verf. berichtet über seine Erfahrungen betreffend Verbreitung der Geschlechtskrankheiten bei den Prostituierten seit Ausbruch des Krieges. Butte hat als Chef der Fürsorgestelle für Venerische — dispensaire de salubrité — einen klaren Einblick in die Verhältnisse gewonnen. Es zeigt sich, daß die Geschlechtskrankheiten bei den kasernierten Prostituierten keine Zunahme aufzuweisen hat. Ebenso war der Gesundheitszustand bei den eingeschriebenen Prostituierten relativ gut, während die klandestine Prostitution eine starke Zunahme besonders auch der Syphilis aufweist. Am schlimmsten ist es mit den Minderjährigen bestellt und mußte denn eine große Zahl derselben aufgegriffen und der Zwangsbehandlung zugewiesen werden.

Verf. wünscht noch eine Erweiterung der Gesetzgebung in dem Sinne, daß auch bei latent Luetischen eine intermittierende Behandlung durchgeführt werden kann. Trotz der großen Zahl der mobilisierten Ärzte habe die Fürsorgestelle mit großem Erfolg gearbeitet.

Bory und *Jacquot.* Über die Herstellung stabiler, konzentrierter Lösungen von Hg benzoicum. p. 216.

Es ist den Verf. gelungen, ein Hydrargyrum-Benzol von 2 bis 3% herzustellen, das intravenös und intramuskulär gut vertragen werden soll. Die Zubereitung ist im Text nachzulesen. Von diesem Präparat injizieren sie 3–5 *cg* pro die teils intravenös, teils intramuskulär, in toto zirka 1 *g*,

was einer Menge von 44 *cg* metallischem Hg entspricht. Mit diesem Verfahren wollen sie Erfolge erzielt haben, die jene des Neosalvarsans sogar übertreffen sollen.

Lévy-Bing und *Clara*. Über zwei Fälle von Schanker der Mundschleimhaut. p. 221.

Beim ersten Fall scheint die Übertragung durch ein Zahninstrument stattgefunden zu haben, im 2. Fall dagegen scheint sich der Pat. mit der Zahnbürste verletzt zu haben und die Krankheit ist an der lädierten Stelle durch einen Kuß oder anderswie übertragen worden.

Bory, M. Einige Ratschläge über ein Übel, das Sie befallen kann. p. 225.

Ein Merkblatt für Soldaten, worin die große Bedeutung der frühzeitigen Diagnose und energischen Behandlung der Syphilis in geschickter Form dargestellt wird.

Nr. 5.

Gaucher. Eine hereditär-syphilitische Familie: 5 Fälle von Appendizitis auf 8 Kinder. p. 257.

Fälle von hereditärer Lues bei einer Familie, bei der von 8 Kindern nur 2 lebend sind. Von den lebenden zeigt das eine Zeichen von Appendizitis und eine positive W.-R. Daneben soll die Mutter dieser Kinder 3 Aborte gehabt haben. Von den übrigen 7 Kindern sollen noch 4 an Appendizitis gelitten haben. Der Vater negiert eine luetische Infektion, weist aber einen positiven Wassermann auf.

Gaucher sieht diese Beobachtung als einen neuen Beweis an für luetische Ätiologie der familiären Appendizitis. Als weiteren Beweis für seine Auffassung zitiert er die Beobachtung, daß sämtliche Kinder von 3 luetischen Vätern wegen Appendizitis operiert wurden. Auch in der 2. Generation soll sich die Disposition zur Erkrankung des Appendix noch bemerkbar machen können.

Gaucher. Maßnahmen gegen die Ausbreitung der Syphilis. p. 261.

Bericht über die zu ergreifenden Maßnahmen gegen die Ausbreitung der Lues, die von der Academie de médecine gutgeheißen wurden. Es wird folgendes proponiert:

1. Die jungen Leute sind darüber zu orientieren, daß die sexuelle Abstinenz nicht nur nicht schädlich, sondern gesund ist. Den verheirateten Männern ist ins Gewissen zu reden, daß der extramatrimonielle Verkehr unhygienisch und unmoralisch ist.

2. Die militärischen Kontingente und Kolonialarbeiter sollen vor ihrer Landung untersucht werden. Die Arbeiter in den Fabriken sollen alle 14 Tage untersucht werden.



3. Die Inhaber der Hotels garnis sind auf die Meldepflicht ihrer Gäste aufmerksam zu machen.

4. Die Anlockung zur Unzucht soll strenge bestraft werden.

5. Den Männern, die der Versuchung erliegen, ist die Anwendung des Präservativs aufs dringendste zu empfehlen.

6. Die Leitung der Sanitätsanstalten und Zivilspitäler für Geschlechtskranke ist gut ausgebildeten Spezialärzten zu übertragen und eine bessere Kenntnis der Syphilidologie anzustreben.

Letztere Forderung wird an einer Serie von Fehldiagnosen begründet.

Lévy-Bing und *Gerbay*. Syphilitische Epilepsie. p. 265.

An Hand von 13 Beobachtungen, die im Texte genauer beschrieben sind, kommen die Verf. zum Schlusse, daß die syphilitische Ätiologie der Epilepsie häufiger ist, als gemeinhin angenommen werde. Allerdings geben die Autoren zu, daß die Differentialdiagnose gegenüber der genuinen Epilepsie nicht gerade leicht sei. Spezielle Eigenschaften kommen der syphilitischen Epilepsie nicht zu. Was die Diagnose mehr oder weniger wahrscheinlich macht, sind folgende Momente:

1. Die Anamnese, die luetische Antezedentien aufweist.

2. Das Alter des Patienten. Während die genuine mehr im jugendlichen Alter auftrete, sei die luetische Form eine Erkrankung der Erwachsenen, die in der sekundären bis tertiären Periode der Lues auftrete.

3. Die positive W.-R. im Blut und in der Zerebrospinalflüssigkeit, sowie die Lymphozytose der letzteren.

4. Eventuell vorhandene Pupillenstarre.

Schließlich entscheide in Zweifelsfällen die Therapie, da die luetische Epilepsie auf eine methodische, lange, antiluetische Behandlung ausgezeichnet reagiere.

Montpellier. Fall von Keratosis gonorrhoica. p. 309.

Fall von Urethralgonorrhoe, kompliziert mit Arthritiden eines Knie- und Ellenbogengelenks mit schlechtem Allgemeinbefinden. Im Verlaufe der Beobachtung trat eine Keratosis plantaris auf in Form von zirkumskripten, isoliert stehenden Verhornungen. Auf Gonokokkenvakzin sehr gute Beeinflussung der Gelenke und des Allgemeinbefindens, während die Keratose unverändert blieb. Es traten noch weitere Läsionen an den Unterschenkeln, Oberschenkeln, Handtellern, Vorderarmen und am Rumpf auf. Die wieder aufgenommene Urethralbehandlung führte dann schließlich



auch zur Heilung der Hautläsionen, ohne daß sie lokal behandelt wurden.

Nr. 6.

Gaucher. Der syphilitische Ursprung der fissurierten oder gespaltenen Zunge. p. 321.

Während Verf. die sog. Skrotalzunge für ein hereditär-luetisches Symptom betrachtet, lenkt er mit dieser Mitteilung die Aufmerksamkeit auf die gespaltene oder fissurierte Zunge, bei der im Gegensatz zur Skrotalzunge die Spalten der Zunge weniger zahlreich, weniger tief und unregelmäßig sind. Subjektiv soll die Anomalie keine Beschwerden machen. Nach Gaucher ist das Leiden ebenfalls syphilitischen Ursprungs und zwar kann es sowohl bei hereditärer als bei erworbener Lues vorkommen. Mit einigen kurzen Krankengeschichten sucht Verf. den Nachweis für die Richtigkeit seiner Ansicht zu erbringen.

Bory, L. Neues Präparat von Hg benzoicum für die Therapia magna sterilisans der Lues. p. 327.

In Analogie zur Salvarsanbehandlung empfiehlt Verf. zur Sterilisation der Lues massive Dosen von Hg benzoicum. Es ist ihm gelungen, mit Jacqot 4—5%ige Lösungen herzustellen, die intravenös sehr gut vertragen werden sollen. Bory beginnt in der Regel mit 3 *cg*, steigt dann auf 4, 5, 6, 7 bis 8 *cg* pro die. Die Injektionen können zuerst täglich gemacht werden, dann in Zwischenräumen von 3—5 Tagen. Das Präparat wird anscheinend sehr gut vertragen und ist schmerzlos. Es eignet sich sowohl für die intravenöse als intramuskuläre Therapie, kann aber auch intern in Tropfenform 15—20 Tropfen der 3%-Lösung morgens und abends verabfolgt werden. Im Verlaufe von 25 Tagen werden gewöhnlich 1·2—1·3 *g* verabfolgt.

Das Präparat, dessen genaue Zubereitung im Originaltext nachzulesen ist, wird von den Nieren gut vertragen und brachte in einigen Fällen sogar das Eiweiß im Urin zum Schwinden. Es wurde in allen Stadien der Lues angewendet, angeblich überall mit gutem Erfolg, die Erscheinungen sollen rasch verschwunden sein.

Verf. möchte das Präparat allerdings chronisch intermittierend verwendet wissen. Er hält es dem Neosalvarsan für ebenbürtig, wenn nicht überlegen und empfiehlt, zuerst intravenös Hg benzoicum zu geben und dann erst einige mittlere Neosalvarsandosen nachzuschicken. Bei der Anwendung des Präparates ist eine sehr exakte Mundpflege zu empfehlen.



Soullier, Ch. Prophylaxe der venerischen Krankheiten. p. 365.

Gesetzesvorschläge zur Bekämpfung und Bestrafung der Anlockung zur Unzucht, zur Bestrafung der leichtfertigen Übertragung der Geschlechtskrankheiten und des Zuhältertums.

Nr. 7.

Gougerot. Organisation und Betrieb eines Militärspitals für Haut- und Geschlechtskrankheiten. p. 387.

Da die Arbeit unvollständig ist, folgt Referat in nächster Nummer.

Clément. S. Instrument zur Dilatation der entzündlichen Phimosen. p. 421.

Verf. beschreibt ein Instrument zur langsamen Dilatation der entzündlichen Phimosen. Das Instrument hat 3 Arme und kann geschlossen in die Vorhaut eingeführt werden. Durch Druck auf einen Handgriff können die Arme auseinandergetrieben und vermittels eines Kautschukbändchens stundenlang in der gewünschten Lage gehalten werden. Die Erfolge sollen sehr zufriedenstellende sein.

Gaucher und *Bralez.* Schanker des Zahnfleisches. p. 424.

Fall von Primäraffekt am oberen Zahnfleisch. Infektionsquelle unbekannt. Nach einigen Wochen — nach Behandlung mit Hg benzoicum — Schanker redux an derselben Stelle mit anderen Sekundärerscheinungen der Mundschleimhaut.

Butte und *Clément,* Simon. Eitrige Orchi-Epididymitis gonorrhoica. p. 428.

Fall von Orchi-Epididymitis bei einem 27jährigen Soldaten, der lange Zeit an Gonorrhoe litt. Es kam zur Abszeßbildung am Testikel, der inzidiert werden mußte. Nach der Inzision erfolgte eine fast komplette Abstoßung des Hodengewebes und rasche Heilung der Fistel.

Gaucher, Bizard und *Bralez.* Erworbene Lues bei einem 9jährigen Mädchen (Ansteckung durch die Mutter). p. 431.

Fall von hochgradiger Lues II bei einem 8jährigen Mädchen, bei dem die Infektion wahrscheinlich von der Mundhöhle ausgegangen ist und bei dem die Mutter mittels Kuß die Krankheit übertragen zu haben scheint.

Montpellier. Bubo inguinalis beim weichen Schanker und das Vorwiegen der linken Seite. p. 434.



Verf. hat beobachtet, daß beim Ulcus molle die linke Seite häufiger von Bubo betroffen wird als die rechte, links zweimal häufiger als rechts. Eine Übereinstimmung der Buboseite mit der Schankerseite ist sehr oft nicht zu konstatieren. Der Lymphgefäßstrom der Genitalgegend scheint sich mehr nach links als nach rechts zu ergießen, was mit den anatomischen Beschreibungen nicht übereinstimmt.

Nr. 8.

Lévy-Bing und *Gerbay*. Die Syphilis und besonders ihre nervösen Manifestationen bei den Arabern in der Armee. p. 000.

Verf. hatten Gelegenheit, in einem Militärspital 123 syphilitische Araber zu behandeln. Es sind den Autoren folgende Eigentümlichkeiten aufgefallen: 1. Beobachteten sie relativ selten Primäraffekte, da vermutlich die Araber schon frühzeitig mit Lues infiziert werden. 2. Im Sekundärstadium wurde die Roseola selten beobachtet, während die Mundschleimhaut und die Genitoanalgegend am häufigsten Sitz von sekundären Erscheinungen waren. Schon frühzeitig wurden ulzeröse Läsionen beobachtet. Auch die Primäraffekte zeigten häufig einen phagedänischen ulzerierten Charakter. 3. Im III. Stadium waren die ulzerösen Manifestationen bei weitem überwiegend. Was 4. die Nervenlues betrifft, so versuchten Verf. mittels Lumbalpunktion Aufschluß zu bekommen. Es zeigte sich, daß häufig meningitische Zeichen zu konstatieren waren auch bei Fällen, die klinisch keine Anhaltspunkte darboten, ebenso wie bei den Europäern. Sie nehmen an, daß auch schwerere Nervenläsionen inkl. die Paralyse vorkommen müssen, wenn auch relativ selten, einerseits wegen der anderen Lebensweise (Wegfall von Alkohol, viel an der freien Luft), andererseits wegen Wegfall vielerlei psychischer Schädigungen. Um diese Erkrankungen zu finden, müßten eben nicht nur die Hautkliniken und Fürsorgestellen, sondern auch die Eingeborenen, die keinen Arzt konsultieren, nachgesehen werden.

Gougerot. Organisation und Betrieb eines Militärspitals für Haut- und Geschlechtskranke. p. 476.

Eingehende Beschreibung der Organisation und des Betriebes eines Militärspitals für Dermatologie und Venereologie. Neben der Behandlung wurde der Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten die größte Aufmerksamkeit geschenkt. Zu diesem Zwecke organisierte Verf. eine größere Zahl von Adnexspitälern, die mit dem Hauptzentrum in



Kontakt standen und unter einheitlicher Leitung waren. Große Bedeutung legt Verf. der Bekämpfung der Dermoepidermitis bei, die die Kriegsverletzungen so häufig komplizieren sollen und wenn sie nicht diagnostiziert werden, die Militärtauglichkeit für Monate, ja Jahre verhindern sollen. Sie sollen durch Bakterien-Streptokokken usw. verursacht werden und bei zweckmäßiger Behandlung in relativ kurzer Zeit heilen.

Auch der ambulanten Behandlung wurden eine große Zahl Kranker teilhaftig. Die Patienten konnten dann ihren Dienst gleichwohl verrichten.

Verf. will mit seiner weitgehenden organisatorischen Arbeit sehr gute Erfolge erzielt haben.

Nr. 9.

Gaucher. Bericht über die Maßnahmen gegen die Ausbreitung der Lues. p. 513.

Verf. gibt einen Bericht über die Resultate der Maßnahmen, die auf seine Veranlassung hin von der konsultativen Militärgesundheitskommission getroffen wurden. Im großen und ganzen ist er mit der Ausführung und dem Erfolge nicht besonders zufrieden. So sollen die Prostituierten vielfach von unerfahrenen Ärzten untersucht werden, so daß krasse Fälle von Fehldiagnosen vorkommen. Die ärztliche Visite vor und nach dem Urlaub sollte unbedingt auch auf die Offiziere ausgedehnt werden. Auch hier sollten nur kompetente Ärzte mit der Untersuchung betraut werden, was nicht immer der Fall sei. Das Anlocken der Prostituierten werde vielfach noch geduldet. Der Einschreibezwang in den Hotels garnis sei noch nicht durchgeführt. Dubiösen Frauen sei der Zutritt in die Armeezonen noch immer nicht verboten. Von einer besseren Ausbildung der Ärzte in speziellen Kursen sei noch nichts zu merken. Am besten sei die Aufklärungsarbeit in der Armee durchgeführt worden.

Gaucher. Dienstbefreiung wegen unheilbarer Affektion; nachher Heilung der Läsion in der Klinik. Gumma des linken Unterschenkels. p. 524.

Ein 36jähriger Mann wurde wegen eines Geschwürs an der linken Wade, das trotz antiluetischer Behandlung angeblich nicht heilen wollte, aus dem Dienste entlassen. Gaucher heilte denselben innerhalb weniger Monate mittels Hg benzoic.-Injektionen und 4 *g* KJ pro die.

Courtade. Verkannte Syphilisfälle. p. 526.

Primäraffekt an der linken Tonsille, der für eine Angina Vincenti gehalten wurde.



Lévy. Militär mit sekundärluetischen Erscheinungen — Plaques und Papeln — wird beurlaubt trotz ärztlicher Untersuchung. p. 527.

Bralez. Hypertrophische und erodierte Plaques an den Genitalien und am After, die während 2 Monaten von einem Arzte nicht erkannt wurden. p. 528.

Gaucher. Fall von Lues I und II, der von zwei Militärärzten nicht erkannt wurde. p. 528.

Gougerot. Während eines Kriegsjahres beobachtete Nervenlues. p. 530.

Neben typischen Fällen von Nervenlues wie Tabes incipiens, Hemiplegie, progressiver Paralyse, Epilepsie hatte Verf. Gelegenheit, eine Anzahl komplizierter Fälle zu beobachten, die im Texte kurz besprochen werden. Ätiologisch konnte in den meisten Fällen eine hereditäre oder erworbene Lues mit Sicherheit festgestellt werden. Ob der Krieg eine disponierende Wirkung auf den Ausbruch der Affektionen gehabt hat, wagt Verf. nicht zu entscheiden. Er glaubt aber, daß die Wirkung jedenfalls nur eine minimale sein konnte, da viele von diesen Patienten nie an der Front waren, sondern im Territorialdient beschäftigt wurden.

Lévy-Bing und *Gerbay.* Raynaudsche Krankheit bei einem Luetiker im Sekundärstadium. p. 547.

Fall von Raynaudscher Krankheit an den Fingern bei einem 27jährigen Soldaten, bei dem die Krankheit ungefähr 40 Tage nach dem Primäraffekt aufgetreten ist, zur Zeit des Ausbruchs der Sekundärerscheinungen. Vollständige Rückbildung des Raynaudschen Symptomenkomplexes durch die antiluetische Behandlung. Verf. glauben, daß es sich in diesem Falle um eine Arteriitis syphilitica gehandelt hat, da das Nervensystem im übrigen vollständig intakt war.

Gerbay und *Chevron.* Meningitis cerebrospinalis und Meningitis syphilitica bei einer hereditär Luetischen, die sekundäre Erscheinungen aufwies. p. 555.

Fall von hereditärer Lues bei einem 19jährigen Mädchen, das epiliptoide Anfälle hatte. Nach einer Geburt erkrankte Pat. an sekundärluetischen Erscheinungen und bekam während dieser Zeit eine Meningitis, die trotz spezifischer Behandlung zum Tode führte. Verf. nehmen an, daß es sich in diesem Falle um eine hereditäre Lues handelte, die zu meningitischen Erscheinungen führte und epiliptoide Anfälle auslöste. Es trat dann eine neue luetische Infektion hinzu und im sekundären Stadium eine



Meningitis cerebrospinalis. Dafür scheint das Resultat der Lumbalpunktion zu sprechen. Es fanden sich eine polynukleäre Leukozytose, Meningokokken und eine positive W.-R. in der Lumbalflüssigkeit.

Trotz multipler Lumbalpunktionen und Injektionen von Meningokokkenserum sowie Hg-Injektionen konnte der Exitus nicht vermieden werden. Es wären nach Verf. also eine syphilitische und eine meningokokkogene Meningitis parallel miteinander verlaufen, was besonders ungünstig zu sein scheine.

Nr. 10.

Gaucher und *Le Noir*. Gonorrhoische Striktur des Rektums bei einem Syphilitiker. p. 577.

Fall von Strictura recti bei einem 33jährigen Manne, der im Alter von 17 Jahren eine Lues und in Jünglingsjahren eine Rektumgonorrhoe gehabt haben soll. Die Striktur sitzt 5 *cm* oberhalb des Anus und führte zu hartnäckigster Obstipation mit Verdauungsbeschwerden. Die antiluetische Kur führte zu keiner Besserung, so daß Verf. die Gonorrhoe als ätiologischen Faktor in Betracht ziehen. Sie halten überhaupt die Gonorrhoe bei der Entstehung der Rektumstrikturen für viel wichtiger als die Lues. Dafür scheinen ihnen zu sprechen 1. die größere Häufigkeit der Rektalstruktur bei der Frau, 2. das häufige Geständnis des Coitus per rectum und 3. das Fehlen einer luetischen Infektion bei einer Anzahl von Fällen und das Versagen der antiluetischen Kur.

Lévy-Bing und *Gerbay*. 2 Fälle von Primäraffekt der Zunge. p. 582.

2 Fälle von Primäraffekten der Zunge, die beide durch den Kuß übertragen wurden. Beim ersten Fall handelte es sich um eine erosive, im 2. Falle um die papulöse Form des Schankers.

Courtade. Geschlechtskrankheiten und die Schwierigkeiten ihrer Prophylaxe. p. 585.

Allgemeine Betrachtungen über die Art der Verbreitung der Geschlechtskrankheiten und deren Bekämpfung. Verf. mißt der großen Unwissenheit über geschlechtliche Leiden eine gewisse Bedeutung bei und verspricht sich viel von Aufklärungen für Mann und Frau in Form von kurzen Merkblättern, bei denen hauptsächliches Gewicht auf die Gefahr des Geschlechtsverkehrs bei den geringsten Läsionen an den Genitalien usw. gelegt wird. Daneben soll die persönliche Prophylaxe in Form von Waschungen, Ausspülungen und Verwendung des Preservativs ganz ener-



gisch empfohlen werden. Bei den Aufgegriffenen, die der Untersuchung zugeführt werden, vermißt Verf. vielfach eine gleichmäßige Behandlung. So sollen von der Sittenpolizei die großen Kokotten der Boulevards sehr schonend behandelt und selten der Untersuchung zugeführt werden.

Nr. 11.

Gougerot und *Clara*. Fall von Papillomatose, punktförmig, verrukös und generalisiert. p. 641.

Bei einem 30jährigen Manne wurden folgende symmetrische Läsionen konstatiert:

Am Hals, Thorax und den Extremitäten zeigten sich verruköse Papeln, die teils zusammengeflossen waren, teils deutlich isoliert auf normaler oder leicht verdickter Haut standen. Die Papeln sind mit einer dicken Kruste bedeckt, die sich nur mit Mühe wegheben läßt und unter der eine leicht blutende papillomatöse Fläche zu konstatieren ist.

2. Am behaarten Kopf und im Gesicht war ein diffuses Erythem zu finden, während 3. an den Handtellern und Fußsohlen eine Porokeratose zu konstatieren war.

Die Papeln sollen sich anfänglich als kleine papulovesikulöse Effloreszenzen präsentiert haben.

Histologisch handelte es sich hauptsächlich um eine Hypertrophie der Epidermis mit Dyskeratose und Parakeratose, ähnlich dem Bilde der Warzen, aber mit Fehlen der langen Papillen. Auch die Dariersche Psorospermosis konnte ausgeschlossen werden.

Therapeutisch gab nur die Röntgenbehandlung eine Besserung, während die Läsionen am Kopf im Winter spontan jeweilen wieder zurückgingen.

Verf. können keine bestimmte Diagnose stellen.

Lacapère und *Decrop*. Die Syphilis im Araberland. Die Infektionsarten. Kleine Statistik. p. 652.

Verf. haben in Fez 295 Individuen, die für die verschiedensten Leiden poliklinische Hilfe in Anspruch nahmen, aufs Geratewohl auf Lues untersucht und konnten in 68% eine luetische Infektion konstatieren. Rechnen sie die nicht mehr feststellbaren Fälle mit 5% noch dazu, so kommen sie auf 73%. Die Juden sollen einen bedeutend niedrigeren Prozentsatz aufweisen; von 41 Untersuchten waren nur 7 = 17% positiv. Als Infektionsquelle kommen in erster Linie die Prostituierten in Betracht, deren Zahl in Fez allein von den Verf. auf 3000 geschätzt wird bei einer Gesamtbevölkerung von 120.000 Einwohnern.

Die extragenitale Übertragung soll bei der äußerst mangelhaften Hygiene und Indifferenz gegen die Krankheit



auch sehr groß sein. Als Vermittler der Infektion sollen namentlich Trinkgefäße, die von Mund zu Mund gehen, Schröpfapparate, Rasiermesser, Zirkumzisionen in Betracht kommen.

Malherbe, H. Hauterscheinungen nach Anwendung des 606. p. 664.

Nach 5 Salvarsan-Injektionen sollen sich bei einer Frau Symptome von Acne rosacea im Gesicht, ferner pruriginöse Erytheme im Gesicht. an den Armen und Händen eingestellt haben, zum Teil mit Schwellung der Haut, so daß die Beweglichkeit der Finger behindert wurde. Die Haut sei im ganzen trocken und leicht schuppend geworden. Nach jeder Injektion Verschlimmerung.

Nr. 12.

Gaucher. Das 606 oder das deutsche Gift. p. 705.

In diesem Artikel erweist sich Gaucher neuerdings als ein fanatischer Gegner des Salvarsans. Das Salvarsan soll nur rasch vernarbend, aber nicht heilend auf die Syphilis wirken. Es sei gefährlich für das Nervensystem und könne den Ausbruch der Tabes, Paralyse, der Optikusatrophie und Akkutikusatrophie begünstigen und den fatalen Verlauf beschleunigen. Es verzögere den Verlauf der Krankheit im allgemeinen, weshalb viel Spätrezidive beobachtet werden. Daneben sei es ein verräterisches Medikament, das die Patienten irre führe, indem sie sich geheilt wähnen nach dessen Anwendung, in Wirklichkeit aber die Krankheit weiter verschleppen und so für Familie und Staat gefährlich werden. Daß daneben auch die Todesfälle auf die toxische Wirkung des Arsens zurückgeführt werden, ist selbstverständlich. Das einzig gute Mittel gegen Syphilis bleibt nach Gaucher das Hg. Nur wo dieses versage oder nicht vertragen werde, dürfe das 606 angewendet werden.

Meynet und *Fenestre.* Chronische ödematöse Urtikaria. Angioneurotisches Ödem. Dysthyreoidie. p. 724.

Fall von angioneurotischem Ödem der Wangen, der Lippen und der rechten Zungenhälfte, das sich schon öfters wiederholte, um jeweilen nach längerer oder kürzerer Zeit wieder zu verschwinden. Einmal soll die Affektion ununterbrochen ein Jahr gedauert haben. Auf Thyreoideamedikation soll eine merkliche Besserung eingetreten sein. Verf. vermuten, daß eine Hypofunktion der Schilddrüse die Affektion ausgelöst habe, obwohl das Organ leicht hyper-

trophisch war, wofür ihnen der Erfolg der Therapie bis zu einem gewissen Grade zu sprechen scheint.

Montpellier. Lues II bei den eingeborenen Muselmanen Nordafrikas. p. 732.

Auf Grund seiner Beobachtungen in einem Hautspital in Algier kommt Verf. zum Schlusse, daß die Lues II bei den Eingeborenen Nordafrikas weder seltener vorkommt als bei den Europäern, noch einen beschleunigteren Verlauf aufweist. Höchstens gibt er zu, daß die destruktiven Symptome d. h. der maligne Charakter im Frühstadium weniger häufig zu konstatieren ist.

Courtade. Ulcus molle der Vagina. p. 737.

2 Fälle von Ulkus in der Vaginalschleimhaut, von denen die Betroffenen nichts wußten, da es ihnen keine Beschwerden machte. Der eine Fall wurde als Ulcus molle diagnostiziert, der andere als Primäraffekt, allerdings ohne die heutzutage nötigen Beweismittel zu erbringen. Nach Verf. muß die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten noch viel mehr als bisher beim Manne einsetzen, wo die Diagnose erleichtert ist.

Uteau und *Schwab.* Die Heißluftbehandlung bei den gonorrhoischen Orchitiden. p. 742.

Verf. empfehlen zur Behandlung der gonorrhoischen Epididymitiden in Analogie zu den Arthritiden die warme Luft. Es sollen dabei die Schmerzen sehr rasch abnehmen. Der Apparat ist ähnlich denen, die bei den Gelenken üblich sind. Sie steigen bis zu einer Temperatur von 90 bis 120 Grad, je nach der Empfindlichkeit des Patienten und machen die Applikation 1–2 Mal pro Tag je $^1/_4$ Stunde.

Bei den gonorrhoischen Arthritiden empfehlen Verf. die Elektrolyse mittels 7‰ Jodkaliums.

Blum und *Lévy.* Wie man die Syphilis durch 606 sterilisiert. p. 745.

Blum und Lévy berichten über eine Anzahl Fälle, bei denen es trotz Salvarsan resp. Novarsenobenzol oder Galylbehandlung zu sekundären Erscheinungen gekommen ist oder bei denen das Mittel zur Beseitigung von Symptomen versagt haben soll. Auch ein Ikterus und eine Albuminurie werden mit Wahrscheinlichkeit auf das Schuldkonto des 606 gesetzt. Max Winkler (Luzern).



Hautkrankheiten.

Sonstige Dermatosen.

Ormsby, Oliver. Dermatitis factitia. The Journal of the American Medical Association. 1915. November 6. p. 1622.

Ormsby berichtet auf Grund von 34 Beobachtungen über die Dermatitis factitia: 30 betreffen Frauen, 50% waren unter 22 Jahren alt; 14 gaben selbst ihre Tat zu, ein Fall wurde durch eine Wärterin, 3 unter festen Verbänden überführt. 14 Fälle wandten Phenol an, 4 weitere wahrscheinlich dasselbe Mittel; einer verwendete eine Kresollösung, einer Phenol mit anderen Substanzen, einer Krotonöl, einer Lauge, einer Sandpapier, einer Tabak, einer die elektrische Nadel und unbekannte flüssige Mittel, andere unbekannte Substanzen.

Der Autor ist der Ansicht, daß die meisten Fälle von Pemphigus gangraenosus in Wirklichkeit Beispiele der Dermatitis factitia darstellen. Auch die meisten Fälle, die als „Zoster gangraenosus atypicus (Kaposi)“ beschrieben sind, gehören in diese Gruppe, und auch wohl die als „Dermatitis symmetrica dysmenorrhoica“ bezeichneten Fälle.

Fritz Juliusberg (Posen).

Hoyne, A. L. Raynaudsche Krankheit. Bericht über einen Fall symmetrischer Gangrän von ungewöhnlicher Schwere. The Journ. of the Americ. Medical Association. 1915. November 13. p. 1725.

Hoynes Fall betrifft ein fünfjähriges Kind, Knabe, der zunächst mit einem Scharlach zur Beobachtung kam. Am 15. Krankheitstage wurden die Extremitäten kalt. Zu dieser Zeit war das Allgemeinbefinden ein gutes. Kurz nachher erkrankte das Kind an Varizellen, nachdem es inzwischen auch Masern durchgemacht hatte und auch an Keuchhusten erkrankt war. Am 46. Tage nach dem Auftreten des Scharlach erschienen blauschwarze Flecken an den Extremitäten, die an Größe zunahmen. Die affizierten Partien fühlten sich eiskalt an. Es trat eine Bronchopneumonie auf, die rasch zum Tode führte.

Fritz Juliusberg (Posen).

Vogt, E. Serumexanthem nach Tetanusantitoxininjektion. Münch. med. Woch. 1915. Nr. 10.



Am 10. Tage nach einer Injektion von 20 A. E. trat an der Einspritzungsstelle zuerst Juckreiz auf, dann stellte sich ein Exanthem ein.

Ausheilung innerhalb 8 Tagen.

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Weber. Ein eigentümlicher Fall von Anaphylaxie gegen Fliegenstiche. Münch. med. Wochschr. 1915. Nr. 5.

Beschreibung eines Falles von Anaphylaxie gegen Speicheldrüsensekret einer Stechfliege (Tabanide), der eine lebensgefährliche Beeinflussung des Zentralnervensystems zur Folge hatte. Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Strohmeyer, Curt. Über die Entstehung des harten traumatischen Ödems des Handrückens. Münch. med. Woch. 1915. Nr. 35.

Einer Patientin wurde aus der Hand ein vor 2 Tagen eingedrungenes, 2 *cm* langes Stück einer Nähnadel entfernt. Nach 10 Tagen Anschwellung der Hand. Der ganze Handrücken stark geschwollen, druckempfindlich, die Schwellung setzte an der Handwurzel scharf ab. Volarseite frei. An der Narbe intensiven Druckschmerz. Röntgen negativ.

3monatliche Behandlung mit Massage, Heißluft etc. Kein Erfolg. Heftige Schmerzhaftigkeit. Erst nach Exzision der Narbe, im Gesunden operierend, Heilung.

Die histologische Untersuchung führte zu folgender Schlußfolgerung: Durch die Nähnadel war ein Stoff unbekannter Art eingedrungen, der nach Entfernung der Nadel zurückblieb und eine chronische Entzündung der Lymphbahnen hervorrief. Wäre die Narbe nicht rechtzeitig entfernt worden, so hätte sich möglicherweise das Bild einer toxischen Elephantiasis entwickelt.

Verf. hält den Fall zu der Gruppe der toxischen Erytheme gehörig. Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Rosenow, E. C. Die Ätiologie und experimentelle Erzeugung des Erythema nodosum. Journal of infections diseases. 1915. Mai. Ref. The Journal of the American Medical Association. 1915. Juni 19. p. 2097.

Rosenow gelang es, im Blute und in exzidierten Knoten beim Erythema nodosum einen Mikroorganismus zu isolieren und durch intravenöse Injektion bei Tieren ein Krankheitsbild zu erzeugen, welches dem Erythema nodosum beim Menschen ähnelte. Der Mikroorganismus ist ein diphtheroider, grampositiver, polymorpher, nicht sporenbildender Bazillus, der auf Blutagar zu kleinen, grauen oder gelblichen Kolonien auswuchs.

Fritz Juliusberg (Posen).



Cockayne, E. A. **Sklerodermie mit kongenitalen Kontrakturen und anderen Defekten bei einem männlichen Kind.** Royal soc. of med. Sektion für Kinderkrankheiten. Sitzung. 26. März. 1915. The Lancet. 1915. April 10. p. 754.

Cockayne demonstriert ein 1jähriges Kind, eine zu früh gekommene Erstgeburt gesunder Eltern. Es hatte einen kongenitalen Hydrozephalus, eine Deformität beider Ohren, ausgesprochene kongenitale Kontrakturen der Finger und Zehen Die Haut um Mund und Nase wies auch Kontrakturen auf. Später wurde die Haut über beiden Hüften hart, ohne die Farbe zu ändern. Die Haut über dem Bauch war in ähnlicher Weise befallen.

Fritz Juliusberg (Posen).

Burkard, Otto. **Spätkomplikationen nach Erfrierungen.** Münch. med. Woch. 1915. Nr. 23.

Bei 3 Fällen von Erfrierung III. Grades trat erst nach mehreren Wochen, bei anscheinend glattem, schon weit vorgeschrittenem Heilungsprozeß, ein akutes Aufflammen schwer septischer Allgemeinerscheinungen ein.

Die Erklärung hiefür gab in 2 Fällen die nicht ganz ungewöhnliche Art der Einbeziehung eines Zehengelenkes in den Herd des Erfrierungsbrandes. Hier war der Granulationswall offenbar defekt an den Stellen, wo der Teil eines Gelenkes in demselben einbezogen war.

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Mayo-Bobson, A. W. **Erfrierungen.** The Lancet. 1915. Januar 16. p. 117.

Nichts Neues. Fritz Juliusberg (Posen).

Hirschfeld. **Neuere Feststellungen über Pathogenese und Therapie der hämorrhagischen Diathesen.** Therapie der Gegenwart. 1916. p. 121.

Hirschfeld bespricht die verschiedenen Theorien über die Ursachen von Skorbut, Barlowscher Krankheit, Purpura und Hämophilie und geht auf die Befunde von Fonio und Frank näher ein. Walther Pick (Wien).

Kellogg, P. M. **Purpura haemorrhagica (Morbus maculosus Werlhofii). Bericht über einen tödlich endigenden Fall unbekannten Ursprungs.** The Journal of the American Medical Association. 1916. Januar 22. p. 271.

Kelloggs Patient, ein 20jähriger, sonst kräftiger junger Mann, kam wegen nicht allzuschweren Nasenblutens in Behandlung. Einen Tag später wurde eine ausgedehnte Purpura konstatiert. Befallensein der Mundschleimhaut und Blutungen aus dem Zahnfleisch. Der Blutverlust nahm



zu. Es kam zu blutigem Erbrechen. Keine Darmblutungen. Milz und Lymphdrüsen nicht vergrößert.

Fritz Juliusberg (Posen).

Peterson, E. Vorstellung von Fällen, die die Wirksamkeit der Bluttransfusion bei Purpura haemorrhagica, Henochscher Purpura und chronischer Sepsis demonstrieren. New York academy of medicine. 1914. Dez. 10. Medical Record. 1915. März 6. p. 416.

Peterson weist darauf hin, daß alle Typen von pathologischer Hämorrhagie gut beeinflußt werden durch Bluttransfusion oder subkutane Einspritzungen menschlichen Serums. Die erste Methode ist die wirksamere. Infolge der Transfusion erhöht sich der Blutdruck, die Zahl der Blutzellen, der Hämoglobingehalt und die Gerinnungszeit wird verkürzt. Abgesehen von der hämostatischen Wirkung stimuliert das durch Transfusion eingeführte Gesamtblut die hämopoetischen Funktionen und wirkt antitoxisch und bakterizid. Eine Anzahl vorgestellter Fälle illustrieren diese Angaben. Fritz Juliusberg (Posen).

Schürer v. Waldheim. Die Blutknötchenkrankheit (Purpura haem. papulosa et pustulosa). Med. Klinik. 1915. p. 945.

Bei kriegsgefangenen Serben, die Flecktyphus überstanden hatten und Tuberkulose oder Zehenbrand hatten, wurde häufig ein Exanthem beobachtet, das aus follikulären Knötchen bestand. Sie traten zuerst und am stärksten an den Oberschenkeln auf, dann an den Unterschenkeln, Ober- und Unterarmen. Manche Knötchen trugen an ihrer Spitze ein kleines Bläschen oder eine Pustel. Öfters kam es um diese Knötchen zu Blutungen in die Haut; dann wurde der Zustand des Kranken bedrohlich. Als Ursache kam Purpura haemorrhagica in Betracht. Von 159 Erkrankten starben 84. Hugo Hecht (Prag).

Ledingham, J. C. G. und *Bedson,* S. P. Experimentelle Purpura (zweite Mitteilung). The Lancet. 1915. Februar 13. p. 311.

Die wichtige Arbeit Ledinghams und Bedsons stellt eine Fortsetzung der Arbeit Ledinghams: The experimentell production of purpura in animals etc. The Lancet 1914. Band 1. p. 1673 dar. Die Autoren kommen in dieser Arbeit zu folgenden Schlüssen: 1. Aus den Blutveränderungen bei Meerschweinchen, denen ein Meerschweinchenantiblutplättchenserum injiziert ist, geht hervor, daß der frühzeitige Abfall der Zahl der Blutplättchen gleichzeitig mit dem Ausbruch der Purpura ein charak-



teristisches Vorkommen darstellt. 2. Auch bei Kaninchen und bei Ratten wurde eine Purpura durch die entsprechenden Antiblutplättchenseren hervorgerufen. Die Blutveränderungen bei Kaninchen ergaben ähnliche Resultate, als die bei Meerschweinchen. 3. Antiblutplättchenserum besitzt, zugleich mit der Eigenschaft, eine Purpura zu erzeugen, gemeinsam mit anderen zytolytischen Seren beträchtliche lytische Kräfte, welche, aller Wahrscheinlichkeit nach, viel zu dem letalen Ausgang bei kleinen Tieren beitragen. Indessen kann der Tod auch allein als das Resultat starker Hämorrhagien auftreten ohne andere lytische Veränderungen, als sie bei einer Hämoglobinurie in die Erscheinung treten. 4. Seren, die durch Immunisierung mit roten Blutkörperchen oder Leukozyten gewonnen sind, rufen keine Purpura hervor. 5. Purpura wird bei Tieren nicht erzeugt, wenn man ein Antiblutplättchenserum einer anderen Tierart anwendet. Fritz Juliusberg (Posen).

Emsheimer, H. W. Intramuskuläre Injektionen des Gesamtblutes bei der Behandlung der Purpura haemorrhagica. The Journal of the American Medical Association. 1916. Januar 1. p. 20.

Emsheimer kommt in seiner Arbeit zu folgenden Schlüssen: 1. Die besten Behandlungsmethoden für die Purpura haemorrhagica sind außer den üblichen Maßnahmen: *a*) Subkutane oder intravenöse Injektionen von menschlichem Blutserum; *b*) Transfusion und *c)* Intramuskuläre Injektionen des menschlichen frischen Gesamtblutes. 2. Die intramuskuläre Injektion des Gesamtblutes ist ein einfaches, harmloses, wirksames Verfahren, und sollte bei allen Fällen von Purpura haemorrhagica zur Anwendung kommen, bevor man radikale Maßnahmen ergreift; die Methode hat ein weites Anwendungsfeld bei Hämophilie und anderen Blutkrankheiten; bei Blutungen aus verschiedenen Teilen oder Organen des Körpers; bei zehrenden Krankheiten und bei vielen Infektionen. Fritz Juliusberg (Posen).

Therapie.

Ziegler, J. Meine Erfahrungen mit Providoform. Münch. med. Woch. 1914 Nr. 37.

Providoform bewährte sich an Stelle von Jodtinktur in 5% alkalischer Lösung zur Vorbereitung von Operationen gut. Bei septischen Prozessen übertrifft es alle anderen bekannten Desinfektionsmittel. Es ist reizlos und wirkt granulationsbefördernd. Theodor Baer (Frankfurt a. M.).



Leser. Chirurgische Erfahrungen mit Providoform. Münch. med. Woch. 1914. Nr. 37.

Providoform wirkt gut bei eiternden Wunden und regt die Granulationsbildung kräftig an. Zu bedauern ist, daß die Lösungen sich nicht länger als 24 Stunden halten.

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Blind. Kriegschirurgische Erfahrungen mit Pellidol. Münch. med. Woch. 1915. Nr 36.

Verf. berichtet über ausgezeichnete Erfahrungen bei ausgedehnten Defekten.

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Störzer, Arnold. Über einen Fall von Ekzem nach Anwendung von Pellidolsalbe. Münch. med. Woch. 1915. Nr. 37.

Beschreibung eines direkt durch Einwirkung von Pellidol entstandenen artifiziellen Ekzems.

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Harter, Gustav. Pellidolsalbe als Ekzemheilmittel. Münch. med. Woch. 1915. Nr. 47.

Gute Erfahrungen.

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Beck, S. C. Pellidolsalbe als Ekzemmittel. Münch. med. Woch. 1915. Nr. 51.

Verf. wandte 2% Pellidolsalbe mit Erfolg besonders bei Kinderekzemen an.

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Hesse. Intoxikationen nach prophylaktischer Schwefelanwendung und ihre Verbreitung. Münch. med. Woch. 1915. Nr. 35.

Verf. sah Intoxikationserscheinungen bei einem mit 10% Schwefelzinkpaste behandelten Kinde. Es handelt sich wohl um eine Schwefelwasserstoffvergiftung. die besonders bei starker Schweißabsonderung leichter zu entstehen scheint.

Hesse empfiehlt, besonders bei stark schwitzenden Menschen, den Schwefel in Form einer Wasserpaste zu verwenden. Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Fried. Technik der Furunkelbehandlung — zugleich meine eigene Krankengeschichte. Münch. med. Woch. 1914. Nr. 46.

Verf. hat von der Opsonogenbehandlung besonders gute Resultate gesehen. Örtlich empfiehlt er Salizylseifenpflaster und fleißige Waschungen mit Benzin.

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Neumayer, Victor L. Zur Impfbehandlung der Furunkulose. Münch. med. Woch. 1915. Nr. 41.



Neumayer glaubt, daß die Impfbehandlung der Furunkulose — er verwandte Opsonogen — alle anderen Methoden übertreffe. Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Heusner, Hans L. Zur Impfbehandlung der Furunkulose. Münch. med. Woch. 1915. Nr. 44.

Da Opsonogen, besonders wenn es alt ist, meist versagt, empfiehlt Verf. die Vakzinebehandlung.

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Madden, F. C. Klinische Vorlesung über einige neue Erfahrungen mit der Vakzinebehandlung. The Lancet. 1915. August 7. p. 267.

Unter den Klassen von Krankheiten, für die Madden eine Vakzinebehandlung vorschlägt, ist die erstgenannte die der Furunkel und Karbunkel. Bei diesen Affektionen ist die Vakzinebehandlung so wirksam, daß der Autor nie eine andere Behandlungsform einschlägt. Gewöhnlich genügen drei Injektionen zur Heilung. Auch septische Zustände der Haut und Lymphwege sind einer Behandlung mit Staphylokokkenvakzinen zugänglich; hierher gehören Impetigo, Sykosis, Erysipel, Lymphangitis, Ekzem mit serösem oder eitrigem Sekret. Bei Acne pustulosa reagieren auf eine Mischvakzine nur gut die frischeren Fälle, bei älteren führt der Autor den Erfolg auf die lokale Behandlung zurück. Bei Gonorrhöe muß die Vakzinebehandlung durch eine energische lokale Behandlung unterstützt werden.

Fritz Juliusberg (Posen).

v. Herff, Otto. Prinzipien in der Bekämpfung einzelner lokaler Wundentzündungen. Münchner med. Woch. 1915. Nr. 17.

Nach einer Besprechung der Wirkungsweise der üblichen Desinfektionsmittel bespricht Verf. die Wahl der einzelnen Desinfektionsmittel unter Berücksichtigung der verschiedenen Spaltpilzarten.

Ganz besonders viel hält Verf. von der 4—5% Karbolsäure, doch muß diese Lösung in alle Schlupfwinkel gebracht werden.

Die Kresole sind der Karbolsäure zwar an bakterizider Kraft überlegen, doch entfalten sie weniger Tiefenwirkung. Von den Kresolpräparaten wird besonders das Phobrol empfohlen, das besonders bei alten, schweren Infektionen ebenso wie die Karbolsäure „oft genug direkt lebensrettend" ist. Das neutrale H_2O_2 besitzt eine äußerst geringe Desinfektionskraft, diese kann durch Zusatz von 0·5% Natronlauge oder 3% Essigsäure erheblich gesteigert werden.

Pyozyaneus: 3—4% essigsaure Tonerde, Gasbildner (Bact. coli etc.): Chlorwasser 1 : 3.



Jod in 50% Spiritus.

Diphtherie: 2% Salizyl-Glyzerin.

Hospitalbrand: Salizylsäure (2% Glyzerin, 10% Spirit.).

Bei Dekubitus besonders bewährt sich der Zucker („Grießzucker").

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Fackenheim. Behandlung eiternder Wunden mit Zucker. Münch. med. Woch. 1915. Nr. 29.

Kristallzucker bewirkt eine schnell eintretende Reinigung der Wunde. Er veranlaßt die Bildung von gesunden, elastischen Granulationen und starke Anregung der Epithelisierung. Er ist reizlos.

Die Erfahrungen wurden an einer großen Anzahl kriegsgefangener Verwundeter gesammelt.

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Bollag, Carl. Zur Bekämpfung der Infektion durch den Bacillus pyocyaneus. Münch. med. Woch. 1914. Nr. 49.

Verf. sah gute Erfolge durch Anwendung einer 2% Lösung von Liquor chlum. acetici.

Theodor Baer (Frankfurt a. M).

Bechhold, H. Halbspezifische Desinfektion. Münch. med. Woch. 1914. Nr. 37.

Bechhold beobachtete beim Studium der Halogen-β-Naphthole die merkwürdige Tatsache, daß einige gegen gewisse Bakterien eine enorme Wirkung zeigten, gegen andere weniger wirkungsvoll waren. Zu diesen gehört das Tibromnaphthol, das z. B. Staphylokokken, Streptokokken und Diphtheriebazillen außerordentlich, andere Bakterien aber viel geringgradiger beeinflußt. Diese Desinfizientia bezeichnet man als „halbspezifisch".

Im Gegensatz hiezu stehen die allgemeinen Desinfizientia, z. B. Kresol, ihre Wirkung ist nicht stark, aber sie wirken auf fast alle Mikroorganismen.

Verf. prüfte nun 2 besonders resistente Bakterien: Pyozyaneus und Tuberkelbazillus mit 2 Antipoden (Monochlornaphthol und Tribromnaphthol) und fand z. B., daß das erstere innerhalb einiger Stunden Tuberkelbazillen tötete, während das letztere in gleicher Konzentration selbst nach 25stündiger Einwirkung keinerlei Einfluß auf die Virulenz zeigte.

Die hervorragende „halbspezifische" Wirkung des Tribromnaphthol besonders auf Eitererreger veranlaßte Verf., mit diesem Mittel Versuche anzustellen.

Im Tierversuch zeigte es sich praktisch als ungiftig, im Gegensatz zu Naphthol nicht hämatolytisch, es beeinträchtigt nicht die Phagozytose. Es zeigte keinerlei Reizerscheinungen.



Verf. hält das Mittel „Providoform" für berufen, besonders gegen Kokken, insbesondere Eitererreger verwandt zu werden. Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Polák, Otto. Die Therapie des Erysipels mit Antidiphtherieserum. Münch. med. Woch. 1914. Nr. 47.

Seit dem Jahre 1905 hatte Polák 135 Erysipelfälle in Behandlung. Von diesen wurden 62 ohne Serum und 73 mit Antidiphtherieserum behandelt.

Von letzteren heilten 87·6%, 12·3% wurden ohne Erfolg behandelt.

Von den reinen Erysipelfällen starben bei der Serumtherapie 4·1%, ohne Serumtherapie 12·3%. Im allgemeinen soll man nicht mit zu kleinen Dosen, 3—4000 Einheiten, beginnen. Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Lane, J. E. Eine einfache Behandlung für Efeudermatitis. Medical Record. 1915. September 11. p. 442.

Wie Lane hervorhebt, ist eine der häufigsten Formen der Dermatitis venenata, die Efeuvergiftung, besonders widerstandsfähig gegen jegliche Behandlung. Er hatte gute Erfolge von Umschlägen mit Borsäure, die durch aufgelegtes Eis kühl gehalten wurden. Fritz Juliusberg (Posen).

Strauß. Weitere mit Leukotyl behandelte Fälle von äußerer Tuberkulose. (Mit 12 Abbildungen.) Strahlentherapie. VI. Bd. 1915. p. 475.

Strauß erzielte in 6 weiteren, bisher aller Behandlung trotzenden Fällen von tuberkulösen Geschwüren und Lupus vulgaris sehr gute Resultate mit Leukotylsalbe, in Dosen von insgesamt 25—75 *g* pro Fall. Für die Anwendung dieses Verfahrens gibt er folgende Vorschriften:

1. In der Regel genügen 2 Verbände wöchentlich. Man streiche die Salbe auf mit Billrothbatist unterlegte dünne Mullstreifen, lege diese auf die Herde, darauf Watte und Binde. Die Erfolge sind von einer guten Technik abhängig.
2. Man führe die Behandlung nicht nur bis zur Zerstörung der Herde, sondern bis zu ihrer Vernarbung, die sich unter der Salbe vollzieht, durch.
3. In den ersten Tagen gebe man gegen die Schmerzhaftigkeit abends Morphiumtropfen, bei sehr empfindlichen Kranken auch später.
4. Die Behandlung ist so lange zu wiederholen, bis keine spezifische Reaktion mehr auftritt. Bei Rückfällen ist sie sofort wieder aufzunehmen.
5. Auch bei chirurgischer Tuberkulose bringe man die Leukotylsalbe auf oder in die Herde. Bei Schleimhauttuberkulose der Nase tamponiere man mit der Salbe.



6. Bei endogener Natur der äußeren Tuberkulose sind mehrfach zu wiederholende Kuren mit Leukotylpillen zu empfehlen. F. Münchheimer (Wiesbaden).

Fabry, Joh. Über intravenöse Behandlung des Lupus mit Kupfersalvarsan. Münchner med. Woch. 1915. Nr. 5.

Das Kupfersalvarsan wurde intravenös bei 6 Lupuskranken angewandt. Die Erfolge waren negativ.

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Merian, L. Über Haarfärbemittel. Korrespondenzblatt f. Schweizer Ärzte. 1916. Nr. 8. p. 234.

Merian ist der Ansicht, daß das vorzeitige Ergrauen der Haare auf vermehrtem Luftgehalt beruht. Er ist kein großer Freund des Haarfärbens. Da man aber doch ab und zu in den Fall komme, zu einem Färbemittel raten zu müssen, so ist es nach Verf. nötig, über die gebräuchlichsten Mittel orientiert zu sein.

Verf. perhorresziert den Gebrauch des Paraphenilendiamins, da es Hautreizungen verursachen könne. Was den färberischen Erfolg anbelange, sei es ein hervorragendes Mittel. Aus eigener Erfahrung rät er zum Gebrauch einer Silberfarbe, die aus Pyrogallussäurelösung, aus ammoniakalischem Silbernitrat und aus Natriumthyosulfatlösung zusammengesetzt sei. Die Anwendungsweise ist im Text nachzulesen. Ein etwas langsameres Verfahren stellt nach Merian das Einreihen der 5% Silbernitratlösung dar, dem tägliches Einreiben einer 3—5% Schwefelvaseline zu folgen habe.

Als recht brauchbare Färbemittel werden dann ferner das Seegersche Nuancin, die Präparate von Clermont und Fouet (Genf), das Donnetsche Hovaline und namentlich das englische Inecto empfohlen.

Nach 4—8 Wochen müsse jeweilen die Prozedur wiederholt werden. Max Winkler (Luzern).

Unna, Karl. Die Entfernung des Frauenbartes. Münch. med. Woch. 1915. Nr. 44.

Unna verwendet zur Beseitigung des Frauenbartes mit Erfolg eine Kombination der Sauerstoffwirkung (Pernatrolseife) mit einer „Poliermethode". Zur Ausführung dieser wurden handliche Steine aus Lapis pumicis pulverisatus angefertigt, mit welchen die befallenen Hautpartien gerieben werden. Eine weniger angreifende Methode ist die Benutzung von Pulvis cutifricius. Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Wittek, Arnold. Zur Behandlung der Erfrierungen. Münch. med. Woch. 1916. Nr. 12.

Guter Erfolg mittels der Noesskeschen Methode.



Queres Einschneiden über der Finger- bzw. Zehenkuppe bis auf den Knochen, der Ausdehnung der Endphalange entsprechend.

Raschere Abstoßung der gangränösen Partien und promptes Eintreten der Demarkation sind die Vorteile dieser Methode. Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Heusner, H. L. Über die Verwendung von Pikrinsäure bei Verbrennungen und Erkrankungen der Haut. Münch. med. Woch. 1915. Nr. 12.

Gute Erfolge mit einer Kombination von:
Pikrinsäure 2,0 und
Glykosine (Beierdorf) 100,0.
Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Bundschuh, Ed. Über die Behandlung der Erfrierungen von Fingern und Zehen. Münch. med. Woch. 1915. Nr. 12.

Auch Bundschuh befürwortet das Noesskesche Verfahren (siehe Referat Wittek).
Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Lossen, Kurt. Ein Beitrag zur rationellen Behandlung von Hautabschürfungen und Verbrennungen zweiten Grades. Münch. med. Woch. 1915. Nr. 9.

Verf. hat besonders bei Brandblasen und Hautabschürfungen gute Wirkung von Tannoform gesehen.
Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Jesionek, A. Lichtbehandlung des Tetanus. Münch. med. Woch. 1915. Nr. 9.

Nach einer theoretischen Einleitung, die sich mit der Heilkraft des Lichtes befaßt — Phagozytose, Erhöhung des Sauerstoffumsatzes in dem von Anaëroben durchsetzten Gewebe, vitale Komplementbindungsreaktion — beschreibt Verf. ausführlich 4 Tetanusfälle, die durch Lichtbehandlung geheilt sind und empfiehlt die Nachprüfung der Methode.
Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Armknecht, Walter. Der Zinkleimverband. Dtsch. med. Woch. Nr. 6. 1916.

Der Vorteil des von Armknecht empfohlenen Zinkleimverbandes besteht u. a. auch darin, daß er den leichter Kranken nicht ans Bett fesselt und einige Bewegung gestattet. Der Verband empfiehlt sich bei Weichteilwunden des Unterschenkels, welche bereits granulieren, bei Krampfadern, bei durch Nässe oder Ungeziefer entstandenen Ekzemen, wo auch der Juckreiz gelindert wurde. Die Technik des Verbandes ist folgende: Rasieren der umgebenden Haut bei Wunden, Ätzung der Wunde mit

10% Argent. nitr.-Lösung, Jodoformgazetampon, Bedeckung mit Mull; Einschmieren mit Karbol-Zink-Lotio, um das Festkleben zu verhindern; Verflüssigen des Zinkleims in heißem Wasser, längeres Eintauchen der Mullbinde in diese Lösung, zirkuläres Wickeln, Modellieren des Verbandes an das Bein. Bis der Verband in etwa 12 Stunden trocken ist, empfiehlt sich Bettruhe. Bei Unterschenkel-Ekzemen oder -Ulzerationen müssen Verbände mit Borwasser, Bor- oder Ichthyolsalbe dem Zinkleimverband vorangehen und beim Verbandwechsel vorhandene Krusten mit Benzin oder Öl entfernt, Ulzerationen mit Wasserstoffsuperoxyd gereinigt werden. Der Zinkleimverband braucht selten erneuert zu werden. Max Joseph (Berlin).

Nagelschmidt, Franz. Eine Bestrahlungsmethode mittels Thorium X. Dtsch. med. Woch. Nr. 7. 1916.

Mit der neuen Methode der Radiumtherapie, als welche sich die Pinselung mit Doramadalkohol darstellt, erzielte Nagelschmidt gute Erfolge bei allen Affektionen, welche sich bisher der Strahlentherapie zugänglich erwiesen, ganz besonders bei der Behandlung des Naevus vasculosus. Die Möglichkeit, aufs genaueste zu dosieren und zu lokalisieren, die sichtbare Kontrolle der Reaktion, sind erhebliche Vorzüge des neuen Verfahrens. Der hohe Preis des Präparates wird dadurch ausgeglichen, daß mit 1—2 *ccm* große Flächen bepinselt und viele Röntgenbestrahlungen oder langdauernde Salbenverordnungen erspart werden können.

Max Joseph (Berlin).

Unna, P. G. Kriegsaphorismen eines Dermatologen. Berl. klin. Woch. 1916. Nr. 2.

XX. Entstehung und Beseitigung des Juckens.

Teilweise sehr problematische Ansicht bezüglich der Ätiologie und Pathogenese des Ekzems. Auf einer ebenfalls nicht sehr einwandsfreien Theorie beruht die Therapie.

Max Leibkind (Dresden).

Vörner. Zur Anwendung der Levurinose bei Hautkrankheiten. Münch. med. Woch. 1915. Nr. 46.

Verf. hat gute Wirkung der Levurinose bei den verschiedensten dermatologischen Erkrankungen gesehen.

Er erwähnt besonders günstige Wirkung bei Zuständen der Sexualorgane, Akne des Pubertätsalters, bei Menstrual- und Graviditätsexanthemen, bei Akne der Tuberkulösen, Furunkulose, Follikulitis, Acne rosacea, Pruritus, Prurigo. z29 Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Salinger, Alfred. Zur Therapie des Herpes tonsurans. Münch. med. Woch. 1915. Nr. 19.

Nichts Neues. Theodor Baer (Frankfurt a. M.).



Michaelis, P. Etwas über die Behandlung schmerzhafter, kallöser Narben. Münch. med. Woch. 1915. Nr. 19.

Guter Erfolg mit Fibrolysin, kombiniert mit Massage und Heißluftbehandlung.

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Holzknecht. Die gasfreie Röhre nach J. E. Lilienfeld. Münch. med. Woch. 1915. Nr. 25.

„Die Lilienfeld-Röhre stellt die Erzeugung der Röntgenstrahlen auf eine prinzipiell neue physikalische Grundlage und übertrifft die gebräuchlichen Röhren an Zuverlässigkeit, Konstanz, Tiefenleistung, Lichtausbeute und Brenndauer, also in jedem Belange, um das Zwei- bis Fünffache." Einzelheiten der Beschreibung sind im Original nachzulesen. Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Grosser. Die Behandlung der Hämorrhoidalbeschwerden mit Azetonal-Hämorrhoidalzäpfchen. Med. Klinik. 1915. p. 891.

Die Zäpfchen bestehen aus Azetonchloroformsalizylsäureester 10%, Alsol 2% in Oleum cacao. Der Erfolg ist ein guter. Hugo Hecht (Prag).

Thedering. Über Heliotherapie im Tieflande, nebst Bemerkungen über den neueren Stand der Lupustherapie. Strahlentherapie. VI. Band. 1915. p. 475.

Nicht nur die Hochgebirgssonne bringt als souveränes Allgemeinkräftigungsmittel Tuberkulosen zur Heilung, auch im Tieflande bewirkt Heliotherapie ausgezeichnete Resultate. Thedering hat in Oldenburg äußere Tuberkulose (Skrophuloderma, Knochenfistel) durch Sonnenbäder heilen sehen, die er im Sommer im Freien, im Winter in gut geheizten Südzimmern nehmen ließ. Bei Lupus vulgaris kombiniert er diese Heliotherapie mit lokaler Bestrahlung durch Finsen- oder Quarzlampe und mit Kupfersalben-Applikation, bei Schleimhautlupus mit Anwendung harter gefilterter Röntgenstrahlen. Von der internen Verabreichung der Straußschen Lekulpillen hat er keine Erfolge beobachtet. F. Münchheimer (Wiesbaden).

Maragliano. Einige neue Ideen über die Röntgentherapie. Strahlentherapie. VI. Bd. 1915. p. 340.

Die im Original nachzulesende Arbeit schließt: In der Skala der Wärme-, der Licht- und der noch kurzwelligeren Röntgen- und Radiumstrahlen finden wir für die letzteren ein Fehlen von unmittelbar destruktiven Wirkungen, eine Periode der Latenz, die immer länger wird und ferner sehen wir von einem zum andern Ende der Skala eine



immer ausgesprochenere Radiosensibilität. Der Unterschied zwischen Wärme- einerseits und Licht- und Röntgenstrahlen andererseits könnte verglichen werden mit dem Unterschiede, der zwischen der Wirkung eines chemischen und eines biologischen Giftes besteht. — — — Man muß per analogiom annehmen, daß der Grund der vermehrten Radioelektivität der ultrapenetrierenden Strahlen von der kleineren Wellenlänge abhängt.

F. Münchheimer (Wiesbaden).

Becker, Ph. Ferd. Beitrag zum Kapitel der Röntgenschädigungen und deren Behandlung mit Quarzlampe und gedämpften Hochfrequenzströmen.

Becker hatte mit der Quarzlampenbehandlung sehr gute, z. T. sogar außergewöhnlich gute Erfolge bei Röntgenschädigungen, sowohl beim typischen Ulkus und Teleangiektasien, wie bei der schweren Schädigungsform der sklerodermieartigen Verhärtung plus Ulkus und bei ausgebreiteten und umschriebenen Hyperkeratosen. Von 2 Fällen von Schrumpfungen aber wurde nur einer durch diese Bestrahlungen geheilt, in dem zweiten, der unbeeinflußt blieb, brachten dann Hochfrequenzströme geradezu frappierenden Erfolg. Dieselben bewährten sich auch bei anderen Röntgenschädigungen, bei denen erweichende Einwirkung (auf eine adhärente Fingersehne) oder lebhaft reinigende und granulationsfördernde Beeinflussung erstrebt und tatsächlich erreicht wurde.

Die angewandten Hochfrequenzströme waren nicht die bei uns bekannteren, in der Diathermie gebrauchten ungedämpften Effluvien, sondern die als 20—25 *cm* lange Effluvien dem Oudinschen Resonator entnommenen gedämpften. Ihre Anwendung empfiehlt Becker ganz besonders bei Röntgenulkus wegen der schnellen Milderung der Schmerzen; bei akuter Röntgendermatitis versagen auch sie, bei chronischer sowie bei Hyperkeratosen ist ihre Wirkung ungleich. Wichtig ist sorgfältige Technik: Peinliche Sauberhaltung der Funkenstrecke! Jeden Tag muß die Schalldämpfungsglocke ausgetrocknet, eventuell mit Natr. bicarb. ausgewischt, häufigeres Überspringen von Funken auf die Haut verhütet werden.

F. Münchheimer (Wiesbaden).

Freund, L. Die Röntgenbehandlung der Psoriasis vulgaris. Strahlentherapie. VI. Bd. 1915. p. 485.

Freund verteidigt seine Methode der Psoriasisbehandlung gegen Fritz M. Meyer. Die Kombination von präparatorischer Exkochleation mit Röntgenbestrahlung verhütet



zwar nicht Rezidive, schränkt sie aber räumlich und zeitlich ein. Sie treten weder in so kurzen Zwischenräumen noch auf so großen Hautflächen auf, wie nach alleiniger Bestrahlung. Diese braucht daher nicht so schnell und ausgedehnt wiederholt zu werden und damit werden ihre Gefahren vermindert. Freund exkochleiert möglichst gründlich mit der Langseite eines großen ovalen Löffels und zwar in zwei aufeinander senkrechten Richtungen — die Schmerzhaftigkeit ist gering — und bestrahlt dann in refracta dosi. Die Applikation einer kräftigen Normaldosis oder noch etwas mehr (6—7 Sitzungen der bereits angegebenen Qualität) hat vor der Volldosis den Vorteil, daß die Reaktionen meist harmlos sind, unter 15% Borlanolinsalbe in einigen Tagen schwinden, oder anderenfalls, durch frühes Auftreten (nach 4—5 Tagen) von Erythem in der Umgebung der exkochleierten Stelle, rechtzeitige Unterbrechung der Bestrahlung rätlich erscheinen lassen. Filtrierte harte Strahlen haben nicht die gleiche Wirkung auf Psoriasisplaques wie die Strahlen mittelweicher Röhren. Bei allen oberflächlichen Hautaffektionen kommt es nicht so auf Tiefenwirkung an, als auf die Applikation gut absorbierbarer Strahlen an der Ausgangsstelle der krankhaften Wucherung.

F. Münchheimer (Wiesbaden).

Koch. Die neuesten Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgentechnik. Strahlentherapie. VI. Band. 1915. p. 355.

Koch beschreibt die Lilienfeld-Röhre, die bei Verwendung für Tiefentherapie auch bei andauernd hoher Belastung keine schädliche Erwärmung erfährt und wegen ihres extrem hohen Vakuums sowie der vollständigen Entgasung ihrer inneren Teile andauernd die gleiche Röntgenlichtintensität und Durchdringungsfähigkeit gewährleistet. Sie gibt also unter allen Umständen bei höchster wie niedrigster Belastung eine konstante Strahlung, so daß jede Beobachtung der Röhre während des Betriebes, nach Einstellung der Strahlung auf das gewünschte Maß, überflüssig wird. Ihre Anwendung eröffnet für die Tiefenbestrahlung neue Aussichten besonders in Bezug auf Beschleunigung des Verfahrens und beträchtliche Erhöhung der Tiefenleistung, weil mit der beträchtlichen Erhöhung der Stromstärke und der Härtegrade eine Verringerung der Gefahr oberflächlicher Hautverbrennung verbunden ist.

Indirekt brachte die Lilienfeldsche Entdeckung der Röntgentechnik einen weiteren Fortschritt. Die gleichrichtende Wirkung des Glühkathoden-Vakuumrohres veranlaßte Koch, ein Glühkathodenventilrohr durchzubilden,



welches die Aufgabe einer physikalischen Gleichrichtung des hochgespannten Wechselstromes für Röntgenzwecke exakt löst. Es kann als Zusatz zu jedem bestehenden Röntgenapparat mit Funkeninduktor verwendet werden und unterdrückt in solchen Anlagen die verkehrt gerichteten Ströme vollständig, so daß die Fernhaltung der sogenannten Schließungsspannung gesichert ist. Und den Wechselstrom-Röntgenapparat vereinfacht dieses Glühkathoden-Ventilrohr, das Koch als Thermion-Röntgenapparat bezeichnet, dadurch, daß alle bewegten Teile fortfallen, der Raumbedarf viel kleiner wird und daß die Beseitigung der Partialentladungen eine wesentlich höhere Konstanz der gewöhnlichen Tief-Vakuum-Röntgenröhre herbeiführt.

F. Münchheimer (Wiesbaden)

Lazarus-Barlow. Die Ursache und die Heilung des Krebses im Lichte der neueren radio-biologischen Forschung. Strahlentherapie. VI. Bd. 1915. p. 173.

L.-B. leugnet nicht, daß der Krebs kein einheitliches Krankheitsbild ist, daß verschiedene Krankheiten unter dem einen Namen zusammengefaßt worden sind, glaubt aber, daß es bei der Krebserkrankung ein spezifisches ursächliches Moment gibt, dessen Bedeutung bisher unterschätzt wurde — das Radium. Es kann in normalen Geweben vorkommen, dann aber in viel geringeren Mengen, als es im karzinomatösen Gewebe oder im Gewebe karzinomatöser Patienten entdeckt wird. Es ist in solchen Mengen, welche sich als fähig erwiesen haben, eine beschleunigte Zellteilung herbeizuführen, in der Natur weit verbreitet. Aber wie bei Diphtherie das gleiche Agens die Krankheit hervorbringt und die spezifische Heilung der Krankheit bewirkt, so durfte vermutlich auch beim Krebs im Radium die Ursache der Krankheit und die wesentliche Fähigkeit sie zu heilen gefunden werden. F. Münchheimer (Wiesbaden).

Pautrier. Histogenese der Heilung der Mykosis fungoides mit Röntgenstrahlen. (Mit 7 Abbildungen.) Strahlentherapie. VI. Bd. 1915. p. 257.

Sobald die Diagnose Mykosis fungoides feststeht, die Krankheit ausgebildet ist, muß die Röntgentherapie einsetzen. Pautrier hat die Wirkungsweise der Röntgenstrahlen an einer Reihe von Stücken, die er aus einem Tumor vor und während der Behandlung (am dritten und achten Tage nach einer Bestrahlung) entnahm, histologisch untersucht und gelangte zu folgenden Schlüssen: Das mehr oder weniger dichte und tiefe Infiltrat in der Kutis, das für die Plaque und den Tumor der M. f. pathognomisch,



ist durch eine Rückbildung des Kutisgewebes in den embryonalen Zustand bedingt. Diese Rückbildung erfolgt durch eine uns unbekannte Ursache. Unter ihrem Einfluß nimmt das Kollagen einen netzförmigen Typus an und füllt sich mit einem Infiltrat von jungen embryonalen Bindegewebszellen, die in ihrer Weiterentwicklung die verschiedensten Zellformen annehmen können. Daher das mannigfaltige histologische Bild der M. f., daher auch die Heilwirkung der Röntgenstrahlen! Denn wir wissen ja, daß die Zellen um so radiosensibler sind, je mehr sie sich dem embryonalen Zustand nähern: Nun zeigt Pautriers fortlaufende Präparatreihe, daß das Kutisinfiltrat von Tag zu Tag mehr schwindet, das Kutisbindegewebe, bisher von ihm verdeckt, sichtbar und durch das immer zahlreichere Auftreten von stärker als vorher erweiterten Blut- und Lymphkapillaren immer mehr durchzogen wird. Die zerstörten Infiltratzellen werden vermutlich durch die sichtlich erweiterten Blut- und Lymphkapillaren aus der Kutis abgeführt. Auf Resorption dieser zelligen Elemente weist das Ergebnis einer wenige Tage nach der Bestrahlung vorgenommene Blutuntersuchung hin; denn sie zeigte eine merkliche Leukozytose, Verminderung der Polynukleären, ausgesprochene Eosinophilie und eine beträchtliche Zahl von anomalen veränderten großen mononukleären Leukozyten (Makrophagie?). F. Münchheimer (Wiesbaden).

Reyn und *Ernst*. Über die Anwendung künstlicher Lichtbäder bei Lupus vulgaris und chirurgischer Tuberkulose. Strahlentherapie. VI. Bd. 1915. p. 16.

Im Kopenhagener Finsen-Institut wurden chemische Lichtbäder vorzugsweise mit Kohlenbogenlicht bereitet, weil dieses dem Sonnenlicht verwandter ist, größere Penetrationskraft besitzt und weniger die Haut irritiert als Quecksilberlicht. Zweierlei Lampen wurden dazu verwendet, solche zu 75 Ampere und 50—55 Volt und andere zu 20 A. 55 V. In therapeutischer Wirkung sind beide annähernd gleich, da die stärkere Lichtquelle auch mehr Wärme ausstrahlt und zu Placierung der Patienten in größerer Entfernung zwingt; die Intensität der Belichtung aber nimmt quadratisch mit der Entfernung ab. Nur ökonomische Gründe waren daher bestimmend für die Wahl der Lampen; für gemeinsame Bäder von 6—8 Personen erwies sich die Belichtung mit 2 Lampen zu 75 A. 50—55 V. ausreichend und am billigsten, für 2 Pat. die durch 2 Lampen von 20 A. mit senkrecht stehenden, für 1 die gleichen mit schräg stehenden Kohlen.



Für Dauer und Intensität der Belichtung wurde zuerst Rolliers Rat befolgt: kurze Sitzungen, um Pigmentierung zu erzeugen, Erythem zu vermeiden. Später jedoch ging Reyn energischer vor, belichtete von Anfang an 1—2 und schon in den nächsten Tagen 2—2½ Stunden, da die Pigmentierung die Lichtwirkung hemmte, ohne sie die Heilung schneller eintrat, andererseits das Erythem nur in einem Falle stärkere Beschwerden hervorrief. Bei Quecksilberlicht, der Höhensonne, ist größere Vorsicht geboten; schon ½stündiger Sitzung folgten schmerzhafte Entzündungen.

Resultate: Von Reyn wurden 45 Patienten mit diesen chemischen Lichtbädern behandelt, 42 Lupusfälle, 2 Skrophuloderme, 1 Erythema induratum Bazin; in 59·5% trat Heilung ein, bei den frischen Fällen (Krankheitsdauer unter 4 Jahren) sogar in 72%, allerdings bei Lupus nur auf gleichzeitige Lokalbehandlung, sonst nur Besserung. Die schnellste Heilung erfolgte nach 58, die langsamste nach 208 Lichtbädern.

Auch Ernst erzielte sehr günstige Erfolge bei Haut-, Schleimhaut- und Sehnentuberkulose; 10 tuberkulöse Prozesse, Ulzera, Fisteln und kalte Abszesse heilten bei 8 Personen aus, weniger beeinflußt wurden nur die Drüsenerkrankungen. Auch bei chirurgischer Tuberkulose erwiesen sich somit die Lichtbäder als wichtiges Hilfsmittel der konservativen Behandlung.

F. Münchheimer (Wiesbaden).

Rost. Experimentelle Untersuchungen über die biologische Wirkung von Röntgenstrahlen verschiedener Qualität auf die Haut von Mensch und Tier. (Mit 27 Abbildungen.) Strahlentherapie. VI. Bd. 1915. p. 269.

Aus der außerordentlich inhalts- und lehrreichen Arbeit können in einem Referat nur die Schlußsätze von Rost wiedergegeben werden:

1. Zwischen der Wirkung harter (gefilterter) und weicher (ungefilterter) Röntgenstrahlen lassen sich im histologischen Bilde prinzipielle Unterschiede nicht erkennen.

2. Der Grad der biologischen Wirkung der Strahlen auf die Haut hängt offenbar in erster Linie von der Menge der in der Volumeneinheit des Gewebes zur Absorption gelangten Röntgenenergie ab; hieraus erklärt sich die schwer schädigende Wirkung schon geringer Mengen weicher Strahlung auf die Haut.

3. Dieselbe biologische Wirkung kann aber auch durch harte Strahlung hervorgerufen werden, wenn diese in ge-



nügender Menge zur Absorption gebracht wird. Eine aus klinischen Beobachtungen (Bumm und Warnekros, Nogier und Regaud) gefolgerte, fast völlige Toleranz der Haut gegenüber auch den größten Dosen hochgefilterter Strahlen ist aus den histologischen Befunden nicht abzuleiten. Die Existenz einer Radioepidermitis, d. h. einer nur in der Epidermis lokalisierten Entzündung muß auf Grund unserer Untersuchungen bestritten werden.

4. Außer der Keimschicht der Epidermis und der Haarpapille sind die Endothelzellen der Kapillaren, die fixen Bindegewebszellen und die Epithelzellen der Schweißdrüsen als hochstrahlempfindlich befunden worden.

5. Die Strahleinwirkung ist an den sämtlichen hochradiosensiblen Hautkomponenten sehr viel früher und bei sehr viel geringeren Dosen bemerkbar, als dies nach den früheren Untersuchungen und klinischen Erfahrungen bekannt war.

6. Als Hauptangriffspunkt der Strahlen in der Zelle ist mit größter Wahrscheinlichkeit der Kern anzusehen.

7. Die Strahleneinwirkung auf diesen dokumentiert sich in einer schaum- oder wabenartigen Schwellung oder in Schrumpfung und Zerfall (Pyknose).

8. Auch am Zellprotoplasma wird anscheinend durch die Strahlenwirkung schaumige Schwellung hervorgerufen, jedoch in sehr viel geringerem, oft kaum erkennbarem Grade.

9. Die kernlosen Bestandteile der Haut sind innerhalb weiter Grenzen aradiosensibel; hierher gehören die Hornschicht, die Haare, das elastische und besonders das kollagene Bindegewebe (im Gegensatz zu Unnas Auffassung).

10. Neben der Wirkung auf die einzelnen Zellelemente der Haut kommt es schon bei geringen Dosen und sehr bald nach der Bestrahlung zu entzündlichen Erscheinungen, hauptsächlich im Stratum papillare (Ödem, perivaskuläre Infiltration), die relativ lange persistieren können.

11. Bei Strahleneinwirkung innerhalb bestimmter Grenzen verbleibt dem Epithel der Epidermis und der Schweißdrüsen sowie der Haarpapille Reparationsfähigkeit, vermutlich infolge der „fleckweisen Wirkung" der Strahlen. Bei den Endothelien und den fixen Bindegewebszellen wurde diese Reparation nicht in gleichem Maße beobachtet, vielleicht wegen der andersartigen anatomischen Verhältnisse.

12. Die durch Röntgenstrahlen erzeugte Hautpigmentierung beruht auf vermehrter Bildung des Haarfarbstoffes sowohl in den Basalzellen der Epidermis wie in den Chromatophoren des Stratum papillare. Der Übertritt von Pig-

ment aus Chromatophoren in interepitheliale Spalten ist mit großer Wahrscheinlichkeit beobachtet worden.

F. Münchheimer (Wiesbaden).

Thedering. Erfahrungen mit der künstlichen Höhensonne und natürlicher Heliotherapie. Strahlentherapie. Bd. VI. 1915. p. 64.

Die Beeinflussung des Gesamtstoffwechsels durch totale Lichtbäder ist der wesentlichste Vorzug der Höhensonne. Außer den Besserungen des Allgemeinbefindens erzielte Thedering örtliche Erfolge, Heilungen bei zwei universellen skrofulösen Ekzemen, die vielfacher Behandlung, auch Röntgenbestrahlungen, widerstanden hatten, 2 schweren Aknefällen, einem refraktären, sehr schweren Lupus erythematodus und je 1 Falle von tuberkulösen Geschwüren und Lupus exulcerans, ferner Besserungen in 2 Fällen von Lupus vulgaris der Haut und Schleimhäute im Gesicht. Zur Berurteilung der Heilkraft der natürlichen Sonnenbäder in der Ebene führt er einige Fälle an: Tuberkulose der Fußgelenke mit 9 am rechten, 3 am linken Fuße bis ins Gelenk reichenden Knochenfisteln, Lupusherden auf beiden Wangen, Halsdrüsenschwellungen, äußerster Blutarmut und Abmagerung bei 12jähr. Knaben. Neben gelegentlichen Röntgenbestrahlungen mit harter Röhre und Finsen-Kupferbehandlung der Fisteln und der Lupusherde Stauung der Fußgelenke 1 Stunde pro Tag, dann werden die erkrankten Stellen auf einer offenen Südveranda täglich stundenlang von Februar bis Juli den Sonnenstrahlen ausgesetzt. Bereits nach 5 Wochen waren die Fisteln geschlossen, das rechte Fußgelenk wurde normal gelenkig (im linken waren die Zerstörungen zu weit vorgeschritten) und der Lupus heilte vollständig aus; Pat. konnte in blühendem Zustande entlassen werden. Ferner wurde in zwei Fällen von Lupus mit Skrofulodermen durch natürliche Sonnenbäder Heilung erreicht.

F. Münchheimer (Wiesbaden).

Mac Kee, G. M. und *Remer*. J. Röntgenbehandlung der Kopftrichophytie. Medical Record. 1915. August 7. p. 217.

Mac Kee uud Remer berichten in der ausführlichen Arbeit über ihre günstigen Resultate mit der Röntgenbehandlung der Kopftrichophytie. Ein Teil der behandelten Fälle ist in sehr guten Abbildungen wiedergegeben. Bezüglich der genau dargestellten Technik sei aufs Original verwiesen. Fritz Juliusberg (Posen).

Ballard, I. W. Die Röntgenstrahlen als ideales



lokales Heilmittel bei Ekzem. Medical Record. 1915. März 27. p. 523.

Die kurzen Bemerkungen enthalten nichts neues, betonen nur die bekannte Tatsache, daß viele Ekzeme gut durch Röntgenstrahlen beeinflußt werden.

Fritz Juliusberg (Posen).

Heusner, Hans L. Die Nitralampe, eine neue Strahlenquelle für therapeutische Zwecke. Münch. med. Woch. 1915. Nr. 43.

Die Nitralampe liefert neben der erhöhten Ausbeute an Lichtstrahlen auch therapeutisch vorteilhaft ausnutzbare Mengen an Wärme- und anderen Strahlen. Sie ist eine hochkerzige Wolfram-Drahtlampe. Um bei der hohen Temperatur des Leuchtkörpers von 2400° das Verdampfen des Glühfadens zu verhindern, wird die umschließende Glaskugel mit Stickstoff von $^2/_3$ Atmosphären Druck gefüllt. Die Lampe verträgt eine starke Strombelastung. Sie ist reich an photoaktiven Strahlen. Bei der Bestrahlung wählt man eine Entfernung von 35—50 *cm*, Wärmeerythem tritt nach 5—10 Minuten auf.

Erfolge bei Trichophytie, Alopecia areata, Eczema seborrhoicum, Gonorrhoe, Prostatitis.

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Schmidt, H. E. Die Anwendung harter filtrierter Röntgenstrahlen in der Dermatotherapie. Berl. klin. Woch. 1916. Nr. 3.

In der Hauptsache Polemik gegen Fritz M. Meyer und dringende Empfehlung der unfiltrierten mittelweichen Strahlen. Max Leibkind (Dresden).

Glaubermann, Jacob. Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung von röntgenisiertem Serum (X-Serum) auf das Blut. Münch. med. Woch. 1914. Nr. 35.

Glaubermann machte seine Versuche an Kaninchen mittels eines Serums, das in Ampullen von je ca. 8 *ccm* mit 400 X bestrahlt wurde. Von diesen absorbierte das Serum 100 X.

Er fand, daß die subkutane Injektion dieses Serums zunächst eine Leukozytose, dann Leuko- und Lymphopenie bewirkte. Bei direkter Röntgenbestrahlung tritt diese Reaktion langsamer auf. Bei der Wirkung des röntgenisierten Serums auf das Blut handelt es sich um zwei Antagonisten mit dem Serum, das eine Leukozytose hervorruft und mit der im Serum eingeschlossenen Röntgenenergie, die in entgegengesetzter Richtung wirkt.

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).



Becker, Ferd. Gedämpfte Hochfrequenzströme als narbenerweichendes Mittel. Münch. med. Woch. 1915. Nr. 31.

Becker empfiehlt als narbenerweichendes Mittel die Anwendung von Hochfrequenzströmen. Er beschreibt zwei Fälle aus der Privatpraxis und 19 Fälle aus dem Lazarett, bei welchen die Methode gute Erfolge zeigte.

Der Erfolg ist zum Teil zu erklären durch eine gewisse Allgemeinwirkung, dann aber durch lokale Einflüsse vorwiegend chemischer und aktinischer Natur.

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Kriser, Arthur. Über Behandlung eines Falles von seniler Gangrän mit ultravioletten Strahlen. Münch. med. Woch. 1914. Nr. 50.

Bei einem 60jährigen Patienten mit arteriosklerotischen Erscheinungen entwickelte sich an der großen Zehe eine Gangrän. Die Amputation sollte gemacht werden, doch wurde Pat. vorher einer Quarzlampenbestrahlung unterzogen. Diese wurde mit gutem Erfolge (20 Sitzungen) innerhalb 2 Monaten durchgeführt. Die Wirkung dürfte wohl als blutdrucksenkend aufzufassen sein.

Verf. empfiehlt in allen solchen Fällen einen Versuch mit der Quarzlampe. Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Chilaiditi, Demetrini. Weitere Beiträge zur Behandlung der Hypertrichose mit Röntgenstrahlen. Münch. med. Woch. 1914. Nr. 46.

Die Röntgenbehandlung des Flaumes ist undankbar. Durch Vorepilation läßt sich die Röntgenempfindlichkeit, besonders bei gut entwickelten Haaren, steigern.

Die definitive Epilationsdosis gut entwickelter Haare durch mittelstarke, stark filtrierte Röntgenstrahlen ist diejenige Dosis, durch die eine schwache (eben sichtbare) bis mittelstarke Reaktion ersten Grades erreicht wird (10—12 H., 15—18 H.). Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Stümpke, G. Über therapeutische Erfolge mit der Quarzlampe. Münch. med. Woch. 1915. Nr. 47.

Außer bei Lupus, Alopecia areata und Rosacea hat sich das ultraviolette Licht auch bei Pruritus, Neurodermitis und Ekzemen auf konstitutioneller Basis bewährt.

Verf. benützt das alte Kromayersche Modell, für größere Körperflächen die künstliche Höhensonne.

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Kempster, Christopher. Die Röntgenstrahlenbehandlung des wuchernden Epithelioms und die Einführung der „progressiven" Filtration. The Lancet. 1915. Oktober 16. p. 867.



Die progressive Filtration der Röntgenstrahlen, durch die Kempster bei wuchernden Epitheliomen der Haut auch kosmetisch besonders günstige Resultate erzielte, wird derart ausgeführt, daß der Tumor zunächst ohne Filter in wöchentlichen Intervallen mit Vollerythemdosen 2—3 mal bestrahlt wird. Nach dieser Zeit ist die Wucherung in der Regel bereits bemerkenswert geschrumpft. Es folgen zwei bis drei Wochen lang Bestrahlungen mit 1 *mm* dickem Aluminiumfilter, und zwar wieder Vollerythemdosen, gemessen mit Pastillen, die im Niveau der Haut liegen. Nach diesen Bestrahlungen ist der Tumor meist verschwunden. Dann folgen zwei Bestrahlungen mit Filter von $1^1/_2$ *mm* Dicke, dann zwei Dosen mit Filter von 2 *mm* Dicke.

Fritz Juliusberg (Posen).

Cope, L. F. Ein Fall von Molluscum contagiosum, geheilt durch Röntgenstrahlen. The Lancet. 1915. Juni 5. p. 1179.

Bericht über einen Fall von Molluscum contagiosum auf dem Arme, der nach Röntgenbehandlung heilte.

Fritz Juliusberg (Posen).

Abbe, Robert. Lymphangiom und Radium. Medical Record. 1915. August 7. p. 215.

Bericht über verschiedene Fälle von Lymphangiom der Haut und Schleimhaut, teilweise naevusartigen Charakters, die mit Erfolg mit Radium behandelt wurden.

Fritz Juliusberg (Posen).

Sequeira, J. H. Die Behandlung der malignen Tumoren der Haut. British Medical Journal. 1915. Februar 27. Ref. Medical Record. 1915. März 27. p. 533.

Sequeira zieht folgende Behandlungsmethoden in Betracht: Exzision, Röntgen- und Radiumbehandlung, Diathermie, Kohlensäureschneebehandlung. Exzision ist beim Karzinom die beste Methode; man schließt der Operation am besten Röntgenbestrahlungen an. Bei Ulcus rodens zerstört man vor der Röntgenbestrahlung am besten den Rand. Kleinere Ulcera rodens reagieren gut auf Radium. Die Anwendung der Diathermie erfordert weitere Erfahrung. Bei ganz oberflächlichen Fällen von Tumoren hat man gute Resultate mit der Kohlensäureschneebehandlung. Bei Pagetscher Krankheit soll man frühzeitig Mamma und Drüsen entfernen. Bei Kaposis multiplem idiopathischem Sarkom sah S. vollständiges Verschwinden der Infiltrate nach Röntgenbehandlung. Fritz Juliusberg (Posen).

Tweddell, F. Ekzem und Bulkleys Reisdiät Medical Record. 1915. September 11. p. 441.

Tweddell berichtet über sein eigenes Ekzem, wel-



ches nach Einschlagen der Bulkleyschen Reisdiät abheilte, nachdem es allen anderen Behandlungsmethoden getrotzt hatte. Fritz Juliusberg (Posen).

Tousey, S. Röntgenkeratosen der Hand eines Röntgologen, geheilt mit Radium. New York academy of medicine. 1915. März. 5. Medical Record. 1915. Oktober 2. p. 590.

Es handelt sich um die eigenen Hände des Vortragenden, deren Röntgenkeratosen allen sonstigen Behandlungsversuchen trotzend nach Radium schnell und vollständig abheilten. Fritz Juliusberg (Posen).

Sutton, R. L. Radium bei der Behandlung der synovialen Veränderungen der Haut. The Journal of the American Medical Assoc. 1916. Februar 19. p. 565.

Sutton lenkt die Aufmerksamkeit auf die Beschreibung der synovialen Veränderungen durch Hyde. Sie erscheinen in Form warzenähnlicher Bildungen, Pseudovesikeln und Blasen immer über Taschen, die mit den Sehnen in Verbindung stehen, welche über die kleinen Gelenke der Hände und Füße laufen. Man findet sie über den Metatarsophalangealgelenken. Sie enthalten eine sirupöse gelbliche Flüssigkeit, welche sich nach der Evakuation durch Punktur wieder bildet. Sutton berichtet über zwei einschlägige Fälle, bei denen er Radium mit Erfolg anwandte. Fritz Juliusberg (Posen).

Mac Kee, G. M. Die Röntgenstrahlenbehandlung der Hautkrankheiten. The Journ. of the Amer. Medical Association. 1915. November 27. p. 1886.

Mac Kee beschreibt in der vorliegenden Arbeit eine Anzahl von Fällen, die er erfolgreich mit Röntgenstrahlen behandelt hat. Der Arbeit sind zahlreiche Bilder über den Befund vor und nach der Behandlung beigefügt.
Fritz Juliusberg (Posen).

Oliver, Thomas. Radium und seine Wirksamkeit bei Karzinom der Vulva. The Lancet. 1915. Februar 6. p. 272.

Kasuistische Mitteilung.
Fritz Juliusberg (Posen).

Lain, E. S. Die strahlende Energie bei der Behandlung der Hautkrankheiten. The Journal of the American Medical Association. 1915. November 27. p. 1892.

Nicht zum kurzen Referat geeignet.
Fritz Juliusberg (Posen).

Ordway, Thomas. Beschäftigungsdermatosen durch Radium. Mitteilung von Fällen. The Journal of the American Medical Association. 1916. Januar 1. p. 1.



In seiner sorgfältigen Arbeit kommt Ordway zu dem Schlusse, daß bei den mit radioaktiven Substanzen beschäftigen Personen an den Fingern ausgesprochene Veränderungen zur Beobachtung kommen. Die lokalen objektiven Veränderungen bestehen hauptsächlich in einer Abflachung der charakteristischen Furchen, in einer Verdickung und Schuppung der oberflächlichen Hautschichten und sogar in Atrophie und hartnäckiger Geschwürsbildung. Diese Veränderungen sind gewöhnlich gering im Vergleiche zu den ausgesprochenen subjektiven Symptomen, wie Parästhesie, Anaesthesie verschiedenen Grades, Empfindlichkeit, klopfendes Gefühl und sogar Schmerzempfindung. Bemerkenswert ist die Persistenz dieser Folgen.

Ferner werden durch die Wirkung der radioaktiven Substanzen allgemeine Erscheinungen und auch Blutveränderungen verursacht. Um diese lokalen und allgemeinen Störungen zu vermeiden, sind spezielle Schutz- und Präventivmaßregeln empfohlen worden; speziell die Leute, die berufsmäßig mit radioaktiven Substanzen zu tun haben, sind zur Vorsicht zu mahnen.

Fritz Juliusberg (Posen).

Müller, R. W. Die Nagelschmidtsche Modifikation der Kromayerschen Quarzlampe für die Behandlung der Haar- und Kopfkrankheiten. Medical Record. 1915. Mai 8. p. 773.

Beschreibung der Nagelschmidtschen Modifikation der Kromayerschen Quarzlampe und Bericht über günstige Resultate. Fritz Juliusberg (Posen).

Allgemeines, Anatomie, Physiologie, allgem. und exper. Pathologie, path. Anatomie.

Dold, H. Die Bedeutung einiger neuerer serologischen Forschungsergebnisse für die Pathologie. Arbeiten auf dem Gebiete der pathologischen Anatomie und Bakteriologie, herausgegeben von v. Baumgarten. Bd. IX. Heft 1. 1914. p. 30.

Die Wirkungen des Anaphylatoxins (Friedberger) untersucht Verfasser und A. Rados am Kaninchenauge; er injiziert homologe, komplementhaltige Körpersäfte nach Kontakt mit artfremdem Eiweiß in die Vorderkammer und beobachtet dabei eine phlogistische Wirkung, die stärker ist als im Kontrollversuch mit Normalserum oder mit Bakterien allein. Diese sog. „Phlogistine" spielen, da



sie noch in stärksten Verdünnungen wirken, auch in vivo eine Rolle: so zeigt sich, daß auch normales, in die Vorderkammer injiziertes Konjunktivalsekret in diesem Sinne phlogistisch wirkt, da es ja auch Bakterien in Kontakt mit komplementhaltigem Körpersaft enthält. Eine solche phlogistische Ursache erklärt vielleicht auch die häufig am Auge beobachteten sterilen Entzündungen, vielleicht auch solche in der Nasen-, Mund- und Rachenhöhle etc., wenn durch mechanische oder thermische Schleimhautschädigungen Oberflächensekret in die Tiefe dringt. Die Phlogistine können auch ins Blut übergehn, was der Tierversuch bestätigt.

Verf. geht dann zu den Ergebnissen über, die das Studium der wässerigen Organextrakte gezeitigt hat, die eine Gerinnung, Kachexie und Entzündung erregende Komponente haben. Fritz Schaefer (Brieg).

Liebreich, Emil. Eine Zählkammer für zytologische und bakteriologische Zwecke. Dtsch. med. Woch. Nr. 15. 1916.

Durch Einteilung der Kammer auf einem langen Rechteck anstatt auf einem Quadrat konnte mit Liebreichs Zählkammer die Figur nach Belieben wiederholt werden, ohne daß dadurch die Orientierung erschwert wurde. Die Zählung konnte stets horizontal vorgenommen werden und war genau und schnell zu ermöglichen auch bei starker Vermehrung der Leukozyten und der Erythrozyten. Um auch Zählungen mit Immersion ausführen zu können, wurde die Kammer weniger tief konstruiert. Verf. gibt neben genauer Beschreibung seines Apparats Anweisungen zum Zählen bei Leukozyten, Erythrozyten, Blutplättchen, Lumbalpunktaten, Zellen mit α-Granula und Mikroben zur Herstellung von Vakzinen. Für letzteren Zweck muß die Immersion benutzt werden. Als Verdünnungsflüssigkeit für die Zählung empfiehlt er das Karbolfuchsin, welches Antiseptikum und Farbstoff enhält und als Beizmittel für die Farbe wirkt. Künstliches Licht bewährte sich am besten für die Zählung.

Max Joseph (Berlin).

Carageorgiadès. Sur un nouveau milieu de culture électif pour les microbes encapsulés. Comptes rend. d. l. soc. d. biolog. LXXVIII. Bd. 1915. p. 677.

Einen elektiven Nährboden für eingekapselte Bakterien, der leicht herzustellen und steril zu konservieren ist, gibt C. an: Mit 60 *ccm* Aq. dest. werden 30 *ccm* eines beliebigen Blutserums, 10 *ccm* Weißes vom Ei, 10 Tropfen neutralen Glyzerins und 0·5 *ccm* einer 10%igen Natronlösung gemengt,



in einer 250 *ccm*-Flasche tüchtig geschüttelt und 15 Minuten im Brutofen auf 115° erhitzt. Dieses Gemisch wird warm durch Chardin-Papier (oder Filtrierflanell) filtriert, dann in Röhrchen verteilt und nochmals 10 Minuten bei 115° sterilisiert. Auf diesem Nährboden wachsen eingekapselte Mikroben mit ihren Kapseln. Die ersten Versuche wurden mit Pneumobazillen angestellt. Der Verf. hat den Nährboden durch Zusatz von 2% Gelatine starr gemacht und sucht auf ihm jetzt Diphtheriebazillen, Meningokokken und Gonokokken zu züchten. Münchheimer (Wiesbaden).

Gräff, S. Eine Anweisung zur Herstellung von Dauerpräparaten bei Anwendung der Naphtholblau-Oxydasereaktion mit einigen Bemerkungen zur Theorie und Technik der Reaktion. Zentralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anatomie. Bd. XXVII. Nr. 14. p. 313.

Zur Färbung der Oxydasegranula myeloischer Zellen im Schnitt werden 1. das Filtrat einer 0·2%igen wässerigen Lösung von α-Naphthol und das einer 0·2%igen wässerigen Lösung von Dimethyl-p-Phenylendiamin (stets frische Lösungen!) zu gleichen Teilen gemischt und die ohne Alkohol fixierten, nach ihrer Anfertigung möglichst bald aus dem Wasser entfernten Gefrierschnitte auf 10—15' eingelegt (Blaufärbung der Granula). 2. Abspülen in Wasser. 3. Einlegen in zweifach mit Aq. dest. verdünnte sol. Lugol 2—3' (Braunfärbung). 4. Einlegen in Aq. dest. mit Zusatz einiger Tropfen konzentrierter Lösung von Lithiumkarbonat 10' bis 24 St. (wieder Blaufärbung). 5. Gegenfärben mit wässerigen Lösungen (Alaunkarmin, Eosin u. a.). 6. Abspülen in Wasser. 7. Einbetten in Glyzeringelatine. Myeloische Zellen blau granuliert, Fett violett, Rest entsprechend der Gegenfärbung. Die nämliche Methode läßt sich auch an Gewebszellen zur Dauerfärbung ihrer Oxydasegranula verwenden, die sich von ersteren durch ihre Unbeständigkeit gegenüber Formol und Fäulnisvorgängen unterscheiden. Der Gehalt der Gewebe an Oxydasegranula ist abhängig von der Stärke des intrazellulären Stoffwechsels. Aus dem Fehlen einwandfreier Oxydasekörner in den Leukozyten ist auf eine Störung ihrer biologischen Tätigkeit zu schließen.

Siegmund Bochyński (Würzburg).

v. Gierke, E. Herstellung von Dauerpräparaten mit Oxydasereaktion. Zentralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. Bd. XXVII. Nr. 14. p. 318.

1. Anfertigung von Gefrierschnitten. 2. Oxydasereaktion mit Dimethyl-p-Phenylendiamin und α-Naphthol (Originallösungen, Ref.). 3. Gründliches Wässern. 4. Lugol-

sche Lösung (Schwarzfärbung der Körnchen, diffuse Braunfärbung durch das Jod, die allmählich schwindet). 5. Wasser, ev. 50% Alkohol (durch letzteren wird die Beseitigung der diffusen Braunfärbung beschleunigt). 6. Trocknen und Wasserglaseinbettung oder Kernfärbung mit Alaunkarmin, Abspülen mit Wasser und Einbetten in Glyzeringelatine. Der schwarze Ton der Jodoxydasefärbung wird durch Wasserglas allmählich dunkelblau. Das Verfahren ist auch für die formolunbeständigen Zelloxydasen brauchbar. Blutausstriche werden in Formoldämpfen fixiert und nach Anstellung der Jodoxydasereaktion, gründlichem Abspülen und Giemsa-Färbung in Wasserglas eingeschlossen.

Siegmund Bochyński (Würzburg).

Christeller, E. Über eine mikrochemische Reaktion zum histologisch-färberischen Nachweis der Fettsubstanzen. Zentralbl. f. allgem. Path. u. pathol. Anatomie. XXVII. 17. p. 385.

1. Die Präparate müssen mindestens 24 Stunden in 10% Formalin fixiert werden, das an dem färberischen Effekt selbst beteiligt ist. 2. Anfertigung von Gefrierschnitten. 3. Kurzes Auswässern. 4. Einlegen in eine 1% wässerige, frisch bereitete und filtrierte Lösung von Phenylhydrazinhydrochlorid (24 Stunden oder länger bei 37°). 5. Baden in einer 5%igen, wässerigen, frisch bereiteten Lösung von Kaliumferrizyanid (1 Min.). 6. Ausbreiten auf einem Objektträger. 7. Vorsichtiges Auftropfen von konzentrierter Salzsäure, worauf sämtliche Fetttröpfchen eine himbeerrote Farbe annehmen, die allmählich in ein Kastanienbraun übergeht.

Will man die Präparate aufbewahren, so spült man die Schnitte von dem Objektträger ab, wässert sie 24 St. lang (schließt eventuell eine Kernfärbung mit Hämalaun oder dergleichen an) und bettet in Glyzerin, Glyzeringelatine oder Apáthyschen Sirup ein. Es muß ausschließlich mit Glasgeräten gearbeitet werden (konz. HCl, Fe-Salz!).

Unter den verschiedenen, auf die Reaktion geprüften, isolierten, chemisch reinen Substanzen sei hier nur Lezithin und Cholesterinoleat genannt, die beide eine positive Reaktion ergaben, während Cholesterin sich negativ verhielt. Der Cholesterinester nahm eine etwas dunklere Färbung als die übrigen Substanzen an. Doppelbrechung wurde aufgehoben. Sigmund Bochyński (Würzburg).

Oelze, F. W. Die Histologie der Oxydations- und Reduktionsorte. Zeitschr. f. wissenschaftl. Mikroskopie. Bd. XXXI. H. 1. p. 43.

Unna teilt die Gewebselemente ein in reduzierende,



die Katalase, und oxydierende, die Peroxydase enthalten. Zu ersteren gehört das Protoplasma, zu letzteren die Kerne. Den Nachweis der ersteren führt U. durch subvitale Schnittfärbung in Lösung von Kal. permang., der letzteren durch Einlegung von Gefrierschnitten in farblose Leukomethylenblaulösung, die durch O (es genügt schon Luft O) zu Methylenblau regeneriert wird. Oelze kam bei experimenteller Nachprüfung jedoch zu widersprechenden, z. T. entgegengesetzten mikroskopischen Bildern und erhebt auch gegen Unnas chemische Darlegungen Bedenken.

Krakauer (Breslau).

Golodetz, L. Die Darstellung der Reduktionsorte und Sauerstofforte der Gewebe. Zeitschrift f. wissenschaftl. Mikroskopie. Bd. XXXI. H. 3. p. 300.

Oelze, F. W. Die Darstellung der Reduktionsorte und Sauerstofforte der Gewebe. Zeitschr. f. wissenschaftl. Mikroskopie. Bd. XXXI. H. 3. p. 307.

Golodetz, Unnas Mitarbeiter, hält Oelzes Angriffe auf Unnas Lehre über die reduzierende Natur des Protoplasmas und oxydierende der Kerne für unberechtigt und führt Oelzes entgegengesetzte Ergebnisse auf Zeitrichtungsfehler oder abweichende Technik zurück. Demgegenüber hält Oelze die Berechtigung und Beweiskraft seiner Angriffe auf Grund der von ihm angestellten Versuche aufrecht. Krakauer (Breslau).

Haehndel, E. Eine neue Einbettungsmethode. Dtsch. med. Woch. Nr. 36. 1916.

Die neue Methode Haehndels beruht auf dem Prinzip der Einbettung in einen kristallisierenden Körper, wozu das bei höherer Temperatur als gefrierendes Wasser kristallisierende Natrium aceticum verwendet wurde. Das in Formalin gehärtete Gewebsstück wurde zuerst in destilliertes Wasser, dann in Lösung von Wasser und essigsaurer Tonerde, zuletzt in flüssiges, etwa 45° warmes Natrium aceticum gebracht, danach auf einem warmen Holzklötzchen mit derselben Flüssigkeit übergossen, welche darauf ähnlich wie das Wasser bei der Gefriermethode in einigen Minuten erstarrt. Die Präparate müssen bald nach dem Aufblocken geschnitten oder bis zum Schneiden in einem dichtverschlossenen Gefäß verwahrt werden, um zu große Trockenheit zu vermeiden.

Max Joseph (Berlin).

Huntemüller. Kritische Studien über Morphologie und Züchtung von filtrierbaren Virusarten. Zeitschr. f. Bakt. Bd. LXXIX. p. 36.

Zusammenfassung: Die von Fornet gezüchteten



und als Microsoma variolae seu vaccinae beschriebenen Gebilde sind identisch mit Kolloidgranula. Die von Borrel, v. Prowazek, Paschen, Lipschütz beim Epithelioma contagiosum, bei Variolavakzine und Molluscum contagiosum beschriebenen Körperchen sind weder morphologisch noch färberisch von Kolloidgranula zu unterscheiden.

Walther Pick (Wien).

Bildungsanomalien.

Feldmann, Gyula. Adenoma branchiogenes. Zentralbl. f. allgem. Pathol. Januar 1916. p. 25.

Die bekannten, aus embryonalen Überbleibseln der Kiemenfurchen abgeleiteten pathologischen Veränderungen sind die Fistula colli congenita, die branchiogene Zyste, das branchiogene Karzinom. Das Adenoma branchiogenes, über das Verf. berichtet, soll in der Literatur bisher noch nicht beschrieben worden sein.

Hans Burkhard (Breslau).

Tugendreich, Berlin. Über die Behandlung von Ulzerationen der Haut bei Krebskranken mit Isoamylhydrokuprein. Berl. klin. Wochenschr. 1916. Nr. 10. p. 242.

Das Isoamylhydrokuprein stellt eine Substanz dar, deren anästhesierende Wirkung der des Kokain bei weitem überlegen ist, indem es sich 20—25 mal wirksamer erweist als das Kokain. Es löst sich leicht in Öl und Fetten und läßt sich dementsprechend in öliger Lösung anwenden oder in Form von Suppositorien (2%) und Salben (5—20%).

Hans Burkhard (Breslau).

Ribbert, Hugo. Heilungsvorgänge im Karzinom nebst einer Anregung zu seiner Behandlung. Dtsch. med. Woch. Nr. 10. 1916.

Bei der Untersuchung eines Krebsknotens am Halse, der einem primären Lippenkarzinom folgte, fand Ribbert nirgends lebendes Krebsepithel, hingegen Veränderungen, die einen Zerfall der Alveole und Schwund des Kern des Karzinomgebildes anzeigten. Eine breite, dicht mit Rundzellen infiltrierte Zone von Granulationsgewebe umgab die karzinomatöse Stelle und führte fortschreitend zur Zerstörung der Gewebemassen, zur Resorption der zerfallenen Teile, schließlich zur völligen Vernichtung der Krebswucherungen, die nur narbige Bezirke zurückließen. In dem neuen Gewebe fielen die reichlichen Lymphozyten auf. Vielleicht ließen diese bei ihrem Zerfall toxische Stoffe zurück, welche die Zerstörung des Krebsepithels



bewirkten. Auf diesen Befunden baut Verf. die Hypothese einer Krebstherapie auf, welche auf Abtötung der jungen, lebenskräftigen Krebselemente beruht. Er rät zerriebenes Lymphozytengewebe oder aus diesem hergestellte Extrakte in metastatische Karzinome einzuspritzen. Werden hiermit gute Erfolge erzielt, so wären entsprechende intravaskuläre Injektionen in Erwägung zu ziehen.

Max Joseph (Berlin).

Retterer. De deux loupes ou athéromes ayant la structure de rhabdomyomes. Comptes rendus de la société de biologie. LXXVIII. Bd. 1915. p. 554.

Zwei Atherome, die Retterer mikroskopisch mit besonderen Färbemethoden untersucht hat, waren aus Zellen von der Struktur gestreifter Muskelfasern zusammengesetzt. Wahrscheinlich entsteht das Atherom bei Leuten mit ererbter Anlage aus embryonalen Resten der Entwicklung des Platysma, die lange Jahre latent bleiben, dann aber, durch unbekannte Ursachen aktiviert, Muskelfasern produzieren und aus diesen im gesunden erwachsenen Gewebe diese Neubildungen hervorbringen.

Münchheimer (Wiesbaden).

Retterer. Structure et origine des athéromes. Compt. rend. de la soc. de biol. LXXVIII. Bd. 1915. p. 581.

Aus seinen an 5 weiteren Atheromen fortgesetzten Untersuchungen schließt Retterer, daß diese Tumoren doch epidermischer Natur sind, trotz ihres längs- und gestreiften Aussehens nicht von epikraniellen Muskeln herstammen. Auch entstehen diese epithelialen Tumoren weder aus Talgdrüsen, noch aus abgeirrten, während der embryonalen Periode in das subkutane Bindegewebe gelangten Epithelnestern. Für ihre Entwicklung nimmt Retterer vielmehr die gleiche Ursache an, die Reverdin für die Epidermzysten der Finger angibt: Epithelinseln werden durch Traumen von der Epidermis und ihren Adnexen losgesprengt und in die Subkutis gedrängt; dort sind sie einer chronischen Reizung ausgesetzt, und ihre Elemente verhornen. Aus diesen verhornten Epithelzellen bildet sich ein Stratum germinativum mit kleinen chromatischen Kernen. Zentralwärts weichen in dem entstehenden Atherom die verhornten Zellen auseinander und ihre Kerne verlieren ihr Chromatin; es bildet sich so eine Höhlung, die mit einer krümeligen Masse angefüllt ist.

Münchheimer (Wiesbaden).

Hallenberger. **Multiple Angiosarkome der Haut bei einem Kamerunneger. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. 1914. H. 19. p. 647.**



Das angeblich seltene Auftreten dieser Affektion bei Negern veranlaßt Verfasser zur Mitteilung der ausführlichen Krankengeschichte eines in Kamerun beobachteten Falles (2 Photographien und 15 Mikrophotographien).

Smilovici (Breslau).

Barber, R. F. Basalzellenkarzinom. Bericht über 200 Fälle. Medical society of the state of New York. Chirurgische Sektion. 1915. April. 27. Medical Record. 1915. Mai 1. p. 753.

Von den 200 von Barber untersuchten Fällen hatten nur 14 Epithelialperlen und nur 2 Epithelbrücken. Er unterscheidet folgende Typen: 1. Einfache — nur ein Zellnest in der Kutis. 2. Alveoläre mit einer kleinen Menge von Stroma. 3. Skirrhöse mit einer großen Menge Stroma. 4. Adenomatöse mit Drüsen und Zysten. Hundert fanden sich bei Männern, die gleiche Zahl bei Frauen. Das Durchschnittsalter war 56 Jahre.

Fritz Juliusberg (Posen).

Clark, W. L. Die Anwendung der Desikkationsmethode in der Ophthalmologie, mit spezieller Berücksichtigung der Epitheliome der Lider, Augenwinkel und Konjunktiva. Bericht über Fälle. The Journal of the American Medical Association. 1916. Juli 1. p. 17.

Clark zieht aus seinen offenbar großen Erfahrungen folgende Schlüsse: 1. Die Desikkation ist eine erfolgreiche Behandlungsform für lokalisierte Basalzellenkarzinome der Lider und Augenwinkel sowohl vom Standpunkte der Heilung, wie von dem der Kosmetik. 2. Bei fortgeschrittenen Karzinomen dieser Gegend ist wegen der Unzugänglichkeit des erkrankten Gewebes ein völliger Erfolg nicht sicher und die Methode kommt aus palliativen Gründen in Betracht, wenn die Operation fehlschlägt oder kontraindiziert ist. 3. Die Resultate der Rundzellen- und melanotischen Sarkome der Lider und Konjunktiva waren gute, doch ist die Zeit noch zu kurz, um ein endgültiges Urteil zu fällen. 4. Der Erfolg ist sicher bei benignen Geschwülsten der Lider, wie Angiomen, Warzen, Mälern und Xanthomen und bei Lupus erythematosus. 5. Die Desikkation kann mit Vorteil Anwendung finden bei der Behandlung des Piterygiums.

Fritz Juliusberg (Posen).



Akute und chronische Infektionskrankheiten.

Schwartz, A. B. Hauterscheinungen mit Streptokokkeninfektion. American Journal of diseases of children. 1916. Juni. Ref. The Journal of the American Medical Association. 1916. Juli 1. p. 73.

Schwartz berichtet über ein Kind, bei dem sich während einer Bronchopneumonie eine Streptokokkeninfektion entwickelte. Es entwickelte sich eine purulente Arthritis, ein Erythema nodosum und ein Erysipel. Aus dem Blut, aus dem Gelenk und aus einem exzidierten Knoten wurde ein Streptokokkus gezüchtet.

Fritz Juliusberg (Posen).

Beck, Carl. Zur Behandlung des Erysipels. Münch. med. Woch. 1916. Nr. 25.

Beck empfiehlt die Bestrahlung mit Quarzlampe. Er hat damit gute Erfolge gehabt. Doch dürfen nur kräftige Dosen angewandt werden.

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Szécsy, E. Die Therapie des Erysipels mit Jod, Quajacol und Glyzerin. Wiener mediz. Woch. 1916. Nr. 4.

Der Autor behandelte die Erysipelfälle mit einer Lösung bestehend aus Quajacoli puri, Tinct. jodi aa 10·00, Glyzerin 80·00 und erzielte sehr befriedigende Resultate.

Viktor Bandler (Prag).

Januschke, H. Pyramidon als entzündungsbeschränkendes Mittel bei Erysipel. Wiener klin. Wochenschr. 1916. Nr. 50.

Eine fortlaufende Pyramidonbehandlung bis zu $6 \times 0{\cdot}3$ pro Tag bei Erysipelkranken ergab 1. eine deutliche und schnelle Verminderung der Schmerzen, 2. wahrscheinlich eine Abschwächung oder Beschleunigung des Entzündungsablaufes, 3. eine rasche Senkung der Fieberkurve.

Viktor Bandler (Prag).

Carl, Walter. Die Quarzlichtbehandlung des Erysipels. Dtsch. med. Woch. Nr. 20. 1916.

Bei schweren Erysipelfällen konnte Carl eine günstige Beeinflussung und Abkürzung des Verlaufs durch Quarzlichtbestrahlung erzielen. In Entfernung von 1 Meter wurde zuerst 10, später 15 Minuten bestrahlt, wobei die Augen (bei Gesichtsrose) sorgfältig zu schützen sind und nicht nur die erysipelatöse Partie sondern auch die nähere Umgebung derselben in die Behandlung einbegriffen. Der größte Teil der Fälle betraf das Gesicht, nur etwa 10%



die Extremitäten. Verf. schreibt die Heilwirkung des Quarzlichtes beim Erysipel weniger einem bakteriziden Einfluß als vielmehr der durch die Strahlen erzeugten arteriellen Hyperämie zu. Max Joseph (Berlin).

Koller. Erysipel behandelt mit Diphtherieserum. Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte. 1916. Nr. 28. p. 889.

Verf. publiziert neuerdings einen Fall von Erysipel, der nach der Methode von Pollák mit Diphtherieserum behandelt wurde. Der Fall, der ziemlich schwer war, wurde bei einer 60jährigen Frau beobachtet. Schon nach der ersten Injektion von 3000 A. E. trat eine bedeutende objektive Besserung ein. Es wurden dann noch eine intravenöse Elektrargoleinspritzung und 1000 A. E. gegeben, worauf Heilung eintrat.

Koller empfiehlt die Methode angelegentlich zur weiteren Prüfung. Max Winkler (Luzern).

Benda, Berlin. Mikroskopische Befunde in der Haut bei petechialer Meningokokken-Meningitis. Berl. klin. Woch. 1916. Nr. 17. p. 449.

Eine bisher nur wenig beachtete Komplikation der epidemischen Genickstarre ist das petechiale Exanthem, dessen Kenntnis eine eminent praktische Bedeutung hat in Fällen, bei denen es sich darum handelt, die Diagnose Fleckfieber auszuschließen. Das Exanthem kann sich diffus über den ganzen Körper ausbreiten, findet sich auch als Exanthem auf Zunge und Rachen, daneben bestehen Blutungen in den inneren Organen. Der mikroskopische Bau des Exanthems liefert wenn auch nur spärliche Anhaltspunkte für die Differentialdiagnose besonders in dem Verhalten der Gefäßwände. Beim Fleckfieber findet sich im Gegensatz zur Meningitis eine eigenartige Quellung und Nekrose der Endothelzellen, bei der Meningitis ist zuweilen das Auftreten von Meningokokken im Gefäßlumen charakteristisch. Schneller und sicherer wird die Diagnose der Meningitis allerdings durch die bakteriologische Untersuchung des Blutes ermöglicht, wobei aber die Kenntnis des petechialen Exanthems bei dieser Erkrankung das Haupterfordernis darstellt. Hans Burkhard (Breslau).

Wick. Morbilloid. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. 1914. H. 10. p. 345.

Epidemisches Auftreten einer den Masern ähnlichen Affektion, die meistens Erwachsene (Kinder sehr selten) befällt. Die Inkubation schwankt zwischen 5—8 Tagen. Bei keinem der Patienten konnte Verfasser echte Kopliksche Flecke feststellen. Das makulo-papulöse Exanthem erscheint zuerst im Gesichte, dann auf beiden Seiten des Rumpfes



und auf den Armen. Die Beine werden selten befallen. Nach einigen Tagen folgt eine leichte Schuppung. Komplikationen treten sehr selten auf und sind ohne Bedeutung.

Smilovici (Breslau).

Knöpflmacher, W. Varizellen und Hautblutungen. Wiener med. Wochenschr. 1916. Nr. 26.

Hautblutungen kommen bei Varizellen 1. als Prodromalsymptom vor, 2. als Blutungen in die Effloreszenzen, 3. als diffuse Blutungen in die Haut und Schleimhäute während oder nach Ablauf der Varizellen usw. als Folge einer Sepsis, 4. als Folge einer begleitenden oder abgelaufenen Pertussis in die Area der Varizellenbläschen, wodurch eine bisher nicht beschriebene, gutartige Form hämorrhagischer Varizellen entsteht. Viktor Bandler (Prag).

Kyrle, J. und *Morawetz,* G. Tierexperimentelle Studien über Variola. Wiener klin. Wochenschr. 1915. Nr. 26.

Die erste Frage betraf die Infektiosität des Blutes von Variolakranken. Die Autoren stellten zur Entscheidung dieser Frage 15 Affen ein; sie entnahmen dem betreffenden Patienten 5—10 *ccm* Blut aus der Armvene und spritzten dasselbe sofort dem Tiere intravenös ein. Es gelang, die Tiere ausnahmslos mit Blut aus jedem beliebigen Stadium der Variola zu infizieren, woraus die Autoren schließen, daß das Variolavirus zu allen Zeiten während der Dauer der Erkrankung eines Individuums in der Blutbahn sich findet. Für den positiven Impfeffekt standen zwei Anhaltspunkte zur Verfügung: 1. das typische Exanthem und 2. die positive Komplementablenkung nach Wassermann. Bei allen Tieren, die intravenös infiziert worden waren, stellten die Autoren folgende Eigentümlichkeiten des Exanthems fest: 1. Die Zahl der Effloreszenzen ist eine spärliche. 2. Die Effloreszenzen machen einen raschen Entwicklungsgang von kleinpapulösen Knötchen zu Bläschen und Pusteln durch. Die Autoren glauben, daß es für die Affenvariola charakteristisch ist, daß sie bei intravenösem Infektionsmodus unter dem Bilde der Variolois verläuft, während man nach Infektion von der Haut aus, in der Regel das der Variola vera analoge Krankheitsbild mit dem reichlichen Exanthem und dem typischen Ablauf bekommt.

Viktor Bandler (Prag).

Schilling, V. Uber das Leukozytenbild bei Variola vera. Münch. med Wochenschr. 1916. Nr. 5.

Die Hyperleukozytose sinkt unter regelrechter Verschiebung der Neutrophilen zu Anisohypoleukozytose. Die Hauptmasse der eigenartigen großen Zellen sind typische



große Mononukleäre und Übergangsformen. Eine frühdiagnostische Verwendung des Blutbildes vor dem Exanthem ist nicht wahrscheinlich.

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Gans. Lokale Allergie in der Umgebung der Impfpockenpustel, nachgewiesen bei infektiösen Allgemeinerkrankungen mit Hautveränderungen. Dtsch. med. Woch. Nr. 23. 1916.

Der Patient von Gans erkrankte bald nach der Pockenimpfung an einer Erkältung mit bronchitischen Geräuschen, die zur Staphylokokkeninfektion des Blutes führte. Darauf stellte sich eine sekundäre Purpura ein, die sich in Petechien und Ekchymosen zeigte, welche über den ganzen Körper ziemlich gleichmäßig verbreitet waren. Nur in der Umgebung der aufgegangenen Impfpockenpusteln erschien eine eigenartige, histologisch erkennbare Abgrenzung der Hautkrankheit. Es lag wahrscheinlich eine lokale Allergie der Haut in der Nähe der Pockenpusteln dieser eigentümlichen Erscheinung zu Grunde.

Max Joseph (Berlin).

Hoffmann. Erythema infectiosum (Großflecken oder Ringröteln). Dtsch. med. Woch. Nr. 26. 1916.

Die 40 Fälle von Erythema infectiosum, welche Hoffmann beobachtete, verliefen ohne Fieber und andere schwerere Allgemeinerscheinungen. Die Rötung erschien zuerst, meist symmetrisch in Schmetterlingsform auf den Wangen, verbreitete sich in annulärer oder gitterähnlicher Zeichnung über Gesicht und Nacken, ließ die Ohren und den behaarten Kopf frei und griff am 2. Tage auf die oberen Extremitäten über. Hierauf wurde der Rumpf meist in Form einer figurierten Roseola, zuletzt die Beine befallen, während Handflächen und Fußsohlen frei blieben. Die Erytheme konfluierten zuweilen zu großen, blauroten, gedunsenen Flächen, an deren Rändern die Ringe und Scheiben hervortraten. Die Schleimhäute nahmen nur mit geringer Rötung an dem Krankheitsprozesse teil. Nach 6—10 Tagen kam es manchmal zu einem letzten Aufflackern des Exanthems, worauf die Heilung erfolgte. Histologisch bestand eine Entzündung des oberflächlichen Gefäßnetzes, besonders der Kapillaren und kleinsten Venen und ein leichtes Ödem in der tieferen Rete- und obersten Kutisschicht. Zur Behandlung dieser harmlosen, meist Schulkinder, selten Erwachsene befallenden Erkrankung genügten kurze Bettruhe, Pudern mit Talkum und, wenn Juckreiz bestand, Betupfen mit 1% Mentholspiritus.

Max Joseph (Berlin).



Weber, J. Das Erythema infectiosum. Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte. 1916. Nr. 43. p. 1453.

Verf. hatte Gelegenheit in der Feerschen Klinik in Zürich vergangenen Winter ungefähr 20 Fälle von Megalerythema infectiosum sive Erythema infectiosum zu beobachten und genauer zu verfolgen und will mit dieser Mitteilung das Augenmerk der Praktiker im vermehrten Maße auf die Affektion lenken.

Charakteristisch für die Krankheit sind hochrote bis blaue Wangen, ein großfleckiges bis diffuses Exanthem am übrigen Körper mit besonderer Lokalisation an den Streckseiten der Arme, die große Veränderlichkeit des Exanthems und die netzförmigen und landkartenartigen Rückbildungsfiguren. Allgemeinbefinden gewöhnlich nicht gestört. Die Krankheit befällt mit Vorliebe Kinder von 2—10 Jahren. Die Epidemien wurden meistens in den Frühlings- und Sommermonaten beobachtet. Die Kontagiosität resp. Disposition zur Erkrankung scheinen nicht sehr groß zu sein, da explosionsartige Epidemien nicht beobachtet werden.

Der Blutbefund weist nach Weber folgende Abweichungen von der Norm auf:

1. Leukopenie mittleren Grades.
2. Eine Eosinophilie.
3. Eine relative Lymphozytose.

Die neutrophilen Leukozyten nehmen an absoluter Zahl ab, während die Lymphozyten ein relatives Ubergewicht bekommen, ähnlich wie bei der Serumkrankheit.

Kasuistisch fügt Verf. eine Beobachtung an, bei der die Affektion mit Erbrechen und sehr hohem Fieber eingesetzt hatte. Max Winkler (Luzern).

Heuer, M. Ein Fall von chronischem Rotz beim Menschen. Dtsch. med. Woch. Nr. 27. 1916.

Der kräftige Patient Heuers hatte sich wahrscheinlich von einem kranken Pferde infiziert. Die ersten 14 Tage ließen nur allgemeine Beschwerden, leichte Bronchitis, vorübergehendes leichtes Fieber erkennen. Hierauf folgten Milzschwellung, Schmerzen am Kopfe und den Extremitäten, so daß an eine Grippe oder Influenza gedacht werden konnte. In der dritten Krankheitsepoche entwickelte sich das Bild schwerer Sepsis, die durch die Blutbahn verbreiteten Bazillen siedelten sich in Herden auf der Haut in Form von Ödemen, Blasen und Ulzerationen und in der Lunge in pneumonischen Herden an, die Temperatur stieg schnell und der Tod trat unter Herzschwäche ein. Bakterielle und kulturelle Untersuchungen ergaben chronischen Rotz. Max Joseph (Berlin).



Heinemann und *Dschewdet Bei.* Zwei Fälle von menschlichem Rotz. Dtsch. med. Woch. Nr. 38. 1916.

Bei dem ersten Patienten fand sich als Eintrittsstelle der Infektion eine Quetschwunde am Daumen, welche beim Schaufeln von Müll, der wahrscheinlich das Virus enthielt. entstanden war. Nach 6 Tagen trat pralle. bläuliche Schwellung auf wunder Haut und Nekrose auf, die Lymphwege blieben fast unbeteiligt, bei Inzision entleerte sich nur wenig Eiter, eher erschien infiltriertes Gewebe und vereinzelte kleine Einschmelzungsherde. Unter Zunahme des Fiebers zeigten sich in den Gelenken pyämische Metastasen und erst zuletzt die typischen Pusteln der Rotzerkrankung. Der Tod trat unter Herzschwäche ein. Im 2. Falle hatte ein Pferdepfleger sich von kranken Tieren angesteckt, wahrscheinlich bildete ein Stirnfurunkel die Eintrittspforte. Unter allen Zeichen schwerer Allgemeininfektion erschienen bald nach dem kraterförmigen eitrig belegten, von blaurotem Hofe umgebenen Primärgeschwür auch die charakteristischen Pusteln. Ein daneben bestehender Skorbut beschleunigte den tödlichen Ausgang. Die bakteriologische Untersuchung bestätigte in beiden Fällen die Diagnose Rotz. Keine Therapie hatte Erfolg.

Max Joseph (Berlin).

Geschlechtskrankheiten.

Syphilis. — Allgemeines, Experimentelles, Diagnostik.

Lipschütz, B. Kurze Notiz zu den „Vorschlägen, betreffend die Bekämpfung der venerischen Erkrankungen unmittelbar nach dem Kriege". Wiener klin. Wochenschr. 1915. Nr. 31.

In Ergänzung der von Sachs aufgestellten Forderungen macht Lipschütz folgenden Vorschlag: Punkt 7. Es erscheint dringend geboten, die Bekämpfung der venerischen Erkrankungen nicht unmittelbar nach dem Kriege, sondern im Kriegsgebiet schon jetzt zu beginnen, indem einerseits eigene Abteilungen zur Behandlung geschlechtskranker Soldaten in den Truppen- und Reservespitälern



errichtet werden, anderseits die Überwachung der weiblichen Prostitution schärfer als bisher ausgeübt werde, wobei hauptsächlich spezialistisch ausgebildete Militärärzte mit dieser Aufgabe zu betrauen wären.

Viktor Bandler (Prag).

Ham. Prophylaxe der venerischen Krankheiten in Australien vom Standpunkt der öffentlichen Hygiene. Zeitschr. f. Bek. d. Geschl. Bd. XV. p. 363.

Auf Grund eines Berichtes einer Kommission des Australischen medizinischen Kongresses im Sept. 1911 wurden im Anschluß an jahrelange Vorarbeiten von H. u. a. folgende Resolutionen angenommen: „1. Es wird eine Zeit kommen, wo die obligatorische Anzeigepflicht zu einer Notwendigkeit wird. Die Gesundheitsämter der australischen Staaten sollten daher schon jetzt dieser Angelegenheit ihre ernsteste Aufmerksamkeit zuwenden, damit eine solche Anzeigepflicht eingeführt werden kann, wenn die Zeit reif ist. 2. Wer ohne praktische medizinische Bildung Geschlechtskrankheiten behandelt, macht sich strafbar. 3. Die staatlichen Behörden sollen aufgefordert werden, für eine vermehrte erleichterte Behandlung der Geschlechtskrankheiten zu sorgen. 4. Der Unterbringung der venerischen Patienten in den großen Krankenhäusern und Kliniken wird der Vorzug vor Spezialkrankenhäusern gegeben. 5. Eine Person, die weiß, daß sie geschlechtlich erkrankt ist und ihre Krankheit weiter verbreitet, macht sich strafbar." Mehrere australische Regierungen führten die eine oder andere der Forderungen bereits ein, so Queensland die obligatorische Anzeigepflicht.

Wilhelm Perls (Breslau).

Richter, Königsberg. Die nächsten neuen praktischen Ziele und Aufgaben bei der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Zeitschr. f. Bek. d. Geschl. Bd. XV. p. 373.

2 Maßnahmen empfiehlt R. besonders: 1. Aufklärung der Patienten darüber, daß Gonorrhöe und Lues durchaus heilbare Krankheiten sind, aber nur bei energischer und guter Behandlung und 2. Behandlung weniger bemittelter Geschlechtskranker auf Staatskosten, schon um den Anteil, den die Geschlechtskrankheiten an der Erhöhung des Geburtenrückganges haben, nach Möglichkeit auszuschalten.

Wilhelm Perls (Breslau).

Hammer. Über die „Prostitution". Zeitsch. f. Bek. d. Geschl. Bd. XV p. 387.

H. nimmt zu dem Streit zwischen Abolitionisten und

Reglementaristen Stellung und erklärt sich entschieden gegen die Abschaffung der Reglementierung. Man würde eine unleugbar wesentlichen Nutzen schaffende Einrichtung beseitigen, ohne an deren Stelle etwas anderes setzen zu können. H. tritt dafür ein, daß erst die positiven Forderungen der Sexualhygieniker erfüllt werden müssen, ehe an die Abschaffung der Reglementierung gedacht werden kann. Wilhelm Perls (Breslau).

Nikolas. Ist die Hygiene in den Kurorten auch auf Schutzmaßnahmen gegen sexuelle Infektion auszudehnen? Zeitschr. f. Balneologie. Nr. 11/12. 1916.

Der Kurort verhält sich bezüglich der sexuellen Infektion wie die Großstadt. Ist in den doch der Volksgesundung dienenden Kurorten überhaupt die Möglichkeit vorhanden, gegen die Geschlechtskrankheiten vorzugehen? Bei den unzureichenden gesetzlichen Bestimmungen und der Schwierigkeit der polizeilichen Feststellung der gewerbsmäßigen Unzucht ergibt sich die Notwendigkeit eines Zusammenarbeitens von Arzt und Badeverwaltung. Eventuell sind in Bädern Ausnahmebestimmungen einzuführen, die z. B. analog der Meldepflicht bei Masern wären; nach solchen Ausnahmebestimmungen wären Kurzwang, Absonderung, Krankenhausbehandlung bei den Personen polizeilicherseits anzuordnen, bei denen Übertragung ihrer Krankheit auf andere nachgewiesen werden kann, gleichviel ob sie gewerbsmäßig Unzucht treiben oder nicht.

F. Schaefer (Breslau).

Chotzen, Martin. Die Fortbewegung der Geschlechtskrankheiten in der Festung Breslau während des ersten Kriegsjahres. Münch. med. Woch. 1916. Nr. 9.

Chotzen berichtet über das Zahlenverhältnis der geschlechtskranken Soldaten während des ersten Kriegsjahres:

Die absolute Zahl hat zugenommen entsprechend der Anhäufung von größeren Truppenmassen, das Prozentverhältnis 3·1‰ ist etwas größer als in Friedenszeiten.

Dagegen ist die Anzahl der geschlechtskranken Prostituierten von 380 (Durchschnitt der letzten 3 Jahre) auf 679 in den Jahren 1914/15 gestiegen.

Verf. verlangt, daß Angehörige der Armee, die während des Kriegsdienstes als manifest oder latent geschlechtskrank befunden worden, zum Schutze der Heimatsbevölkerung erst dann von der Truppe entlassen werden, wenn



eine Übertragung der Krankheit auf Grund der neuzeitigen Untersuchungsverfahren nicht mehr zu befürchten ist.

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Wolff, Stettin. Die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten im Heere und ihre Verhütung. Mitt. d. dtsch. Ges. z. Bek. d. Geschl. Bd. XIII. p. 2.

W. teilt aus den Reservelazaretten Stettins folgende Zahlen mit: Von 544 geschlechtskranken Soldaten stammte bei 213 = 39% die Infektion bereits aus der Zeit vor ihrer Einberufung zum Militär, während sich 331 = 61% als Angehörige des Heeres angesteckt haben. Von diesen 331 haben 89 = 27% die Krankheit nach dem Ausrücken aus der Garnison, 118 = 35% im Auslande erworben. Fast 1/3 der Geschlechtskranken war verheiratet.

Wilhelm Perls (Breslau).

Janisch. Die Gefangenschaft und Fürsorgeerziehung als Rechtsverhältnisse. Arch. f. Kriminal-Anthropologie und Kriminalistik. Bd. LVIII. p. 175.

Eine sehr interessante Studie im Anschluß an das Werk von Prof. Freudenthal: „Gefängnisrecht und Recht der Fürsorgeerziehung". Uns interessiert hier vor allem die Forderung von F., nicht besondere Abteilungen für Jugendliche den Gefängnissen für Erwachsene anzugliedern, sondern besondere Gefängnisse für Jugendliche, die völlig getrennt von denen für Erwachsene sind, einzurichten. In diese gehören nicht bloß die jungen Leute von 14—18, sondern bis zu 24 Jahren. In Preußen besteht seit 1912 ein solches in Wittichen an der Mosel. Die Fürsorgeerziehung muß als ein Recht der verwahrlosten Jugend anerkannt und durch ein Reichsfürsorgeerziehungsgesetz eine einheitlichere, geschlossenere Organisation geschaffen werden.

Wilhelm Perls (Breslau).

Wilhelm. Strafrecht und Geschlechtskrankheiten, ärztliche Eheerlaubnis. Zeitschr. f. Bek. d. Geschl. Bd. XV. p. 1.

Da nach den in Betracht kommenden §§ 223 und 224 des Strafgesetzbuches kaum jemals der Täter bei Übertragung von Geschlechtskrankheiten gefaßt werden kann, so hat Liszt folgenden Gesetzesparagraphen vorgeschlagen: „Wer wissend, daß er an einer ansteckenden Geschlechtskrankheit leidet, den Beischlaf ausübt oder auf andere Weise einen Menschen der Gefahr der Ansteckung aussetzt, wird mit Gefängnis bis zu 2 Jahren bestraft, neben welchem auf Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte erkannt werden kann. Ist die Handlung von einem Ehegatten gegen den anderen begangen,



so tritt die Verfolgung nur auf Antrag ein." Die praktischen Schwierigkeiten bei Anwendung dieses Paragraphen wären nach W. so groß, daß fast niemals eine Bestrafung erfolgen würde. Andererseits wären gerade diejenigen Leute, die keinerlei Erscheinungen haben, aber vom Arzt wissen, daß sie eventuell ansteckungsfähig sind, wenn sie sich zu einem Beischlaf überreden lassen, bei dem keine Ansteckung erfolgt, der Gefahr der Bestrafung ausgesetzt, wenn aus Rache, Eifersucht oder ähnlichen „anständigen" Motiven eine Denunziation erfolgte, während die mit ansteckenden Erscheinungen Behafteten vorgebend, daß sie nicht gewußt hätten, um was es sich handelt, da sie keinen Arzt befragt hätten, straflos ausgehen würden; also gerade die leichtsinnigsten Leute wären in vielen Fällen nicht zu fassen. Da auch eine gerichtliche Verfolgung des einen Ehegatten von dem Antrag des geschädigten anderen Ehegatten abhängt, würde der Lisztsche Paragraph wohl kaum zur Anwendung kommen. Für viel zweckentsprechender hält W. die Einführung einer gesetzlichen Bestimmung, daß keine Ehe ohne ärztliches Attest geschlossen werden darf, welches bescheinigt, daß bei beiden Gatten keine Geschlechtskrankheit vorliegt. Wilhelm Perls (Breslau).

Laupheimer. Der strafrechtliche Schutz gegen geschlechtliche Infektion. Zeitschr. f. Bek. d. Geschl. Bd. XV. p. 24.

Die Hauptschwierigkeit, eine Person, die eine andere geschlechtlich angesteckt hat, der Bestrafung zuzuführen, besteht in der relativ seltenen Möglichkeit des Nachweises dessen, daß es gerade der Täter war, der den Kranken angesteckt hat, ferner dessen, daß der Täter wußte, daß er krank war und daß seine Krankheit in der fraglichen Zeit noch ansteckungsfähig war. Zur Behebung dieser Schwierigkeiten ziehen v. Liszt, Kohler, Schmölder, v. Lilienthal und andere Autoren das Gefährdungsdelikt heran. Nach längeren juristischen Erörterungen darüber, ob das Gefährdungsdelikt überhaupt in den Rahmen unseres Strafgesetzbuches paßt, spricht sich L. für die Schaffung eines Gefährdungstatbestandes aus. Gegenüber dem dagegen erhobenen Bedenken, daß dadurch Anlaß zu Erpressungen gegeben werden könnte, meint L., „daß das Allgemeininteresse an der wirksamen Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten höher stehen muß als die Unbequemlichkeiten, denen das Einzelindividuum durch solche Bestimmungen ausgesetzt wird". Auf den Einwand v. Bars, daß die Schuld schwer nachzuweisen sein wird, erwidert L. mit dem Hinweis darauf, daß die Bedeutung der Strafe sich

nicht in der Wirkung des Strafvollzuges erschöpft, sondern in der Strafdrohung selbst die erste und nicht geringste Wirkung der Strafe liege. L. schlägt folgende Fassung des Entwurfes vor. „Wer wissentlich einen anderen der unmittelbaren Gefahr der Ansteckung mit einer Geschlechtskrankheit aussetzt, wird mit Gefängnis bis zu 2 Jahren bestraft. — In besonders leichten Fällen kann Haft als Strafe auferlegt werden. — In besonders schweren Fällen kann auf Aberkennung der bürgerlichen Ehrenrechte erkannt werden." Wilhelm Perls (Breslau).

Haberling. Das Dirnenwesen in den Heeren und seine Bekämpfung. Zeitschr. f. Bek. d. Geschl. Bd. XV, p. 63.

H. gibt in einer sehr interessanten historischen Abhandlung ein höchst anschauliches Bild von der enormen Bedeutung des Dirnenwesens für die Heere aller Völker und aller Zeiten und dem höchst unheilvollen Einfluß, den die Dirnen jederzeit auf die Heeresangehörigen ausgeübt haben. Er führt eine große Anzahl Verordnungen gegen das Dirnenunwesen im Heere an und beweist an einer Menge von Beispielen, wie wenig auch die grausamsten Strafen gegen sie ausgerichtet haben. Für die Jetztzeit verwirft er daher jegliche Strafe, um so eifriger tritt er aber für eine ganz energische sanitäre Überwachung der Prostitution in der Heimat und im Feindesland ein. Auf die Einzelheiten seiner Vorschläge gehe ich hier nicht ein, da ich dieselben bereits wörtlich in meinem Sammelreferat Arch. f. Derm. Bd. CXXII, H. 7, p. 614, zitiert habe.

Wilhelm Perls (Breslau).

Schmölder. Die Reglementierung. Zeitschr. f. Bek. d. Geschl. Bd. XV p. 98.

S. erklärt sich gegen jede Art von Reglementierung, weil sie, wie er es zu beweisen sucht, in hygienischer Beziehung nichts nützt, in ethischer dagegen nur schadet, indem sie den letzten Rest von Schamgefühl ertötet.

Wilhelm Perls (Breslau).

Von Hoffmann, G. Die rassenhygienischen Gesetze des Jahres 1913 in den Vereinigten Staaten von Nordamerika. Arch. f. Rassen- u. Gesellsch.-Biologie. 11. Jahrg. p. 21.

In 16 Staaten Nordamerikas sind rassenhygienische Gesetze eingeführt, die eine Eheschließung Minderwertiger verbieten und ein Gesundheitsattest vor der Eheschließung verlangen. So schreibt das Wisconsiner Gesetz vor, daß „alle männlichen Ehebewerber innerhalb 25 Tagen vor Einholung der Ehebewilligung sich zwecks Feststellung



einer etwa vorhandenen Geschlechtskrankheit ärztlich untersuchen lassen müssen". Gegen den Befund der Untersuchung kann beim Staatslaboratorium Berufung eingelegt werden. Von H. meint wohl mit Recht, daß es sehr fraglich ist, ob die Gesetze vorläufig den erwarteten Nutzen bringen werden, bevor nicht das Gesetz in allen Vereinigten Staaten durchgeführt ist. da dann die Eheschließenden eines Staates in einem anderen Staate, wo das Gesetz noch nicht besteht, sich verheiraten werden.

Wilhelm Perls (Breslau).

Weinberg. Zur Frage der Häufigkeit der Syphilis in der Großstadt. Archiv für Rassen- und Gesellschafts-Biologie 11. Jahrg. p. 193.

W. kommt auf Grund von sehr genauen statistischen Berechnungen zu folgenden Schlußfolgerungen: „Viel zu niedrig ist, weil falsch berechnet, die Zahl 10% Blaschkos. Die 90% von Lenz sind infolge zu ungünstiger Voraussetzungen zu hoch. Wenn nicht auch meine Berechnung noch solche aufweist, indem der überhaupt behandelte Syphilitiker durchschnittlich öfter als 2 mal behandelt wird oder die Paralyse noch häufiger als Folge der Syphilis auftritt als bei 7% der Erkrankten, so stellen 33—50% das Minimum des männlichen Syphilisrisikos dar. Jedenfalls muß man sich daran gewöhnen, die Häufigkeit der Paralyse nach Syphilis wesentlich höher einzuschätzen als bisher." Wilhelm Perls (Breslau).

Lenz. Bemerkungen zu Weinbergs Syphilisstatistik. Arch. f. Rassen- u. Gesellsch.-Biologie. 11. Jahrg. p. 220.

Weinbergs Ausführungen vollinhaltlich beipflichtend betont L. die Wichtigkeit der diskreten Meldepflicht der Ärzte für Syphilis und Gonorrhöe und findet es unbegreiflich, daß gerade die verderblichsten Volksseuchen vom Seuchengesetz ausgeschlossen sind.

Wilhelm Perls (Breslau).

Fabry. Reglementierung, Kasernierung und Behandlung der Prostitution in Dortmund Zeitschr. f. Bek. d. Geschl. Bd. XVII. H. 5 u. 6. p. 159.

2 mal wöchentlich Untersuchung durch Polizeiärzte und Assistenten F.s. 2 Straßen den Prostituierten zugewiesen, eine außerhalb der Stadt, eine in der Nähe des Verkehrszentrums. Die Abteilung für geschlechtskranke Frauen hat 3 Unterabteilungen. eine für Prostituierte, eine für jugendliche geschlechtskranke Frauen, die von der Sittenpolizei aufgegriffen oder von Fürsorgevereinen zugeführt sind, und eine für geschlechtlich erkrankte unbe-

scholtene Frauen. Auf Grund einer 25jährigen Erfahrung erklärt F. die Kasernierung in Städten von der Einwohnerzahl Dortmunds für das zweckdienlichste System, „bei dem sich die erforderlichen hygienischen Maßnahmen zwecks Ausheilung der Geschlechtskrankheiten und Verhütung derselben am einfachsten, mit den geringsten Kosten und mit der größtmöglichen Sicherheit durchführen lassen". „Ferner ist F. dafür, die Polizeiaufsichtsbehörden in den Stand zu setzen, noch mehr wie bisher der vagabundierenden und geheimen Prostitution ihre Aufmerksamkeit zu schenken. Mit der regelmäßigen Prostituiertenuntersuchung ist eine ambulante Behandlung zu verbinden. Am idealsten ist es, wenn Krankenhaus und ambulante Behandlung in einer Hand vereinigt sind. Wilhelm Perls (Breslau).

Blaschko. Vorschläge zur Neuregelung des Prostitutionswesens. Zeitschr. f. Bek. d. Geschl. Bd. XVII. H. 5 u. 6. p. 183.

B. tritt für polizeilich überwachte Nachtcafés als Marktstätten, hygienisch eingerichtete und polizeilich überwachte Gasthöfe als Absteigequartiere und Kontrollstraßen nach Bremer Muster ein. Zur Eindämmung der Kuppelei schlägt er folgenden Gesetzesparagraphen vor: „Wer eine weibliche Person zur Ausübung käuflicher Unzucht verleitet, anwirbt oder anhält, wer sich zur Vermittlung käuflicher Unzucht anbietet, wird wegen Kuppelei mit Gefängnis nicht unter . . . bestraft." Der Verkehr auf der Straße kann nach B's. Ansicht durch folgenden Gesetzesparagraphen bedeutend eingeschränkt werden: „Mit Gefängnis wird bestraft, wer öffentlich in einer Weise, die geeignet ist, das Sittlichkeitsgefühl zu verletzen, zur Unzucht auffordert oder sich anbietet." Jugendliche Prostituierte sind nicht mit Gefängnis zu bestrafen, sondern der Fürsorgeerziehung zu überweisen; zwangsweise Heilung ist durchzuführen. Sehr viel verspricht sich B. von einem Gesundheitsattest für Leute, die verdächtig sind, eine venerische Infektion zu verursachen. Wilhelm Perls (Breslau).

Snow, W. F. Öffentliche gesundheitliche Maßnahmen gegen Geschlechtskrankheiten. The Journal of the American Medical Association. 1916. April 1. p. 1003.

Snow kommt in seinen Ausführungen zu folgenden Schlüssen: Es ist darauf hinzuweisen, daß die Öffentlichkeit darüber unterrichtet sein müßte, daß Medizin und Moral einen gemeinsamen Grund haben, die Weiterverbreitung der Syphilis und der Gonorrhöe zu verhüten. Gegen diese Krankheiten sind dieselben Maßnahmen angebracht, wie sie



gegen andere gefährliche leicht mitteilbare Infektionen angewandt werden, nämlich Heilung der Erkrankten während der Erkrankung, ferner Aufdeckung der Infektionsquelle und der Bedingungen, die die Weiterverbreitung bewirken. Fritz Juliusberg (Posen).

Stein, R. Otto. Der Einfluß des Krieges auf die Verteilung der venerischen Affektionen in der Zivilbevölkerung. Wiener medizin. Wochenschr. 1916 Nr. 28.

1. Die venerische Durchseuchung der 15—18jährigen Männer hat zugenommen: 1914: 4‰, 1915: 11‰.

2. Die Anzahl der geschlechtskranken Ehefrauen ist angestiegen. 1913: 9‰, 1915: 13‰.

3. Die extragenitalen Sklerosen sind häufiger geworden.

Viktor Bandler (Prag).

Rost. Die Verhütung der venerischen Krankheiten in der kaiserlichen Marine. Zeitschr. f. Bek. d. Geschl. Bd. XV, p. 123.

R. stellt auf Grund eingehender statistischer Berechnungen fest, daß bei der kaiserlichen Marine dank den prophylaktischen Maßnahmen die Geschlechtskrankheiten von Jahr zu Jahr abnehmen. Abgesehen von belehrenden Vorträgen, Gelegenheit zu nutzbringender Tätigkeit in den Ruhestunden usw. ist der Erfolg zweifellos darauf zurückzuführen, daß jeder Marinesoldat gezwungen ist, nach dem Koitus sich sofort vom Sanitätsunteroffizier zwecks Verhütung einer Geschlechtskrankheit behandeln zu lassen. Verwandt wird 20%ige Protargollösung und 2 pro millige Sublimatwaschung. Von der Metschnikoffschen Salbe verspricht R. sich keinen Erfolg, da „keimtötende Mittel in öligen Vehikeln ganz erheblich an Wirksamkeit verlieren." Einen Übelstand bedauert R. noch, daß die Soldaten während eines Heimatsurlaubs nicht zur Prophylaxe gezwungen werden. Wilhelm Perls (Breslau).

Blaschko. Die Gefahren der Syphilis für die Gesellschaft und die Frage der Staatskontrolle. Zeitschr. f. Bek. d. Geschl. Bd. XV. p. 195.

B. fordert an Stelle der Reglementierung, die seiner Ansicht nach nicht nur keinen hygienischen Nutzen schafft, sondern in vielfacher Hinsicht schadet, bessere Gelegenheit zur Behandlung wie bisher. Personen beiderlei Geschlechts, welche verdächtig sind, eine venerische Infektion zu verursachen, müssen ein Gesundheitsattest eines dazu öffentlich autorisierten Arztes bringen, wenn nicht, den Nachweis erbringen, daß sie vom Arzt behandelt werden. Sonst Zwangsbehandlung. Wilhelm Perls (Breslau).



Finger. Die Syphilis als Staatsgefahr und die Frage der Staatskontrolle. Zeitschr. f. Bek. d. Geschl. Bd. XV. p. 235.

Nicht bloß von privaten Vereinigungen ausgehende Vorträge sollten gehalten, sondern systematische sexualpädagogische Belehrungen müßten staatlicherseits eingeführt werden. Auch soll der behandelnde Arzt sich nicht auf mündliche Belehrungen beschränken, sondern dem Patienten gedruckte Verhaltungsmaßregeln mitgeben. Erhöhte Aufmerksamkeit ist der Aufklärung der Personen zu widmen, die berufs- oder gewerbsmäßig sehr leicht einer extragenitalen Infektion ausgesetzt sind. Die Behandlung ist zu erleichtern; für Arbeiter sind in den Polikliniken Abendsprechstunden abzuhalten. Gegen die Infektionsvermittler muß gerichtlicherseits mit aller Strenge vorgegangen werden. Behandlung von Geschlechtskrankheiten durch Nichtärzte ist unbedingt zu verbieten. Zwangsuntersuchung und Zwangsbehandlung, wie sie in den nordischen Staaten eingeführt sind, verwirft F., weil damit nur der Kurpfuscherei Vorschub geleistet wird. Die Anzeigepflicht des Arztes kollidiert mit der staatlich garantierten ärztlichen Berufspflicht; nur in Ausnahmefällen wäre F. für die Anzeigepflicht, er formuliert seinen Standpunkt dahin, daß gesetzlich folgendes festgelegt werden müßte: „Der Arzt handelt berechtigt und ist nicht klagbar, wenn er ein ihm als Arzt von seinem Patienten anvertrautes Geheimnis zum Zwecke der Verhütung gesundheitlicher Gefährdung anderer an die für die Entgegennahme solcher Anzeigen bestellte Sanitätsbehörde offenbart."

Wilhelm Perls (Breslau).

Gaucher und *Gougerot* Die Gefahren der Syphilis für die Allgemeinheit und die Frage der staatlichen Kontrolle. Zeitschr. f. Bek. d. Geschl. Bd. XV. p. 292.

G. u. G. halten für eine der wichtigsten Maßnahmen zur Eindämmung der Geschlechtskrankheiten die Anzeigepflicht der Ärzte. Wilhelm Perls (Breslau).

French. Die Gefahren der Syphilis für den Staat und die Frage der Staatskontrolle. Zeitschr. f. Bek. d. Geschl. Bd. XV. p. 298.

F. gibt einen Überblick über die Maßnahmen, die die englische Regierung in Indien und Malta zur Eindämmung der Geschlechtskrankheiten eingeführt hat. Interessant ist seine Mitteilung, daß sich die vertrauliche ärztliche Anzeigepflicht, deren Art und Weise nicht näher angegeben ist, gut bewährt hat, denn seit Einführung derselben ist be-



sonders die Syphilis stetig zurückgegangen. Für die Tropen fordert er Beschneidung der männlichen Säuglinge.
Wilhelm Perls (Breslau).

Leredde. Über die durch Syphilis bedingte Mortalität. Zeitschr. f. Bek. d. Geschl. Bd. XV. p. 218.

L. hebt die enorme Bedeutung der Syphilis als ätiologischen Faktors für die das Leben ernstlich bedrohenden inneren Krankheiten hervor und knüpft daran die Mahnung an die Ärzte, ihre syphilitischen Patienten auf die schrecklichen Folgen der unbehandelten Syphilis energisch hinzuweisen. Wilhelm Perls (Breslau).

Carle, Lyon. Einige allgemeine Grundsätze über die Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten. Zeitschr. f. Bek. d. Geschl. Bd. XV. p. 225.

Anstatt auf den internationalen medizinischen Kongressen immer wieder neue Wünsche auszusprechen, sollte man den verschiedenen nützlichen Anregungen früherer Kongresse nachgehen und die Vorschläge auf ihre Brauchbarkeit prüfen. So wurde in Lyon die obligatorische Internierung aufgehoben und den Prostituierten gestattet, sich ambulant behandeln zu lassen, mit dem Erfolge, daß die Zahl der Besucherinnen der ärztlichen Sprechstunden sich in 6 Monaten verdoppelte. Wilhelm Perls (Breslau).

Flesch. Reglementierung und Zwangsbehandlung der Prostituierten. Zeitschr. f. Bek. d. Geschl. Bd. XV. p. 267.

F. erbringt in längeren Ausführungen den Nachweis der Berechtigung der Zwangsbehandlung der Prostituierten.
Wilhelm Perls (Breslau).

Pick, W. Ein Erfolg im Kampfe gegen die Geschlechtskrankheiten. Wiener med. Wochenschr. 1915. Nr. 41.

Als Maßnahmen schlägt Pick vor:

1. Durchführung der obligatorischen Prophylaxe, die sich im Etappenraum ausgezeichnet bewährt hat, auch bei der Armee im Felde.

2. Konsultierende Dermatologen, welche die Aufgabe haben, beratend bei der Anordnung der zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten notwendigen Maßnahmen mitzuwirken und die getroffenen Einrichtungen permanent zu kontrollieren.

3. Konzentrierung der Geschlechtskranken in eigenen Spitälern, welche ausschließlich für dieselben bestimmt sind und einen hinreichend großen Belagraum haben, um die Kranken bis zu ihrer Heilung an einem und demselben

Orte zu belassen, so daß das schädliche Heruntransportieren entfällt. Viktor Bandler (Prag).

Vereß, F. Die Behandlung der geschlechtskranken Soldaten im Felde. Wiener med. Woch. 1916. Nr. 27. (Militärarzt.)

Vereß faßt seine Erfahrungen in folgende Sätze zusammen: 1. Die Zahl der venerischen Erkrankungen steht mit der Dauer des Krieges im geraden Verhältnis und vermehrt sich auch, je mehr die Kämpfe den Charakter des Stellungskampfes annehmen. 2. Ein Drittel der an der ostgalizischen Front geschlechtserkrankten Soldaten infiziert sich zu Hause, zwei Drittel im Operations- oder Etappenraum. 3. Die vorgeschlagenen prophylaktischen Maßnahmen sind bei einem Millionenheer zum größten Teil undurchführbar. 4. Die öffentliche und geheime Prostitution ist unausrottbar, die persönliche Prophylaxe ist ebenso undurchführbar wie die vollständige Abstinenz. Die nachweisbaren Infektionsquellen sind rücksichtslos und energisch unschädlich zu machen. Die beste Prophylaxe sind das frühzeitige Erkennen der venerischen Erkrankungen und das sofortige Einsetzen der systematischen Behandlung in einer nahe hinter der Front etablierten, gut eingerichteten, von einem Dermatologen geleiteten Sanitätsanstalt. Viktor Bandler (Prag).

Oppenheim, M. Zur Statistik der Geschlechtskrankheiten im Kriege und im Frieden. Wiener med. Wochenschr. 1916. Nr. 26.

Aus dem Vergleiche eines Friedensjahres (1908) mit einem Kriegsjahr (1915) ergab sich im Ambulatorium für Haut- und Geschlechtskrankheiten der Genossenschaftskrankenkassen Wiens eine absolute Zunahme der Geschlechtskrankheiten, eine bedeutende Zunahme der Anzahl der geschlechtskranken jugendlichen Arbeiter, eine Abnahme der Geschlechtskrankheiten zwischen 20 und 30 Jahren, eine bedeutende Zunahme der Geschlechtskrankheiten in den höheren Altersklassen und eine bedeutende Zunahme der weichen Schankererkrankungen.

Viktor Bandler (Prag).

Posner. Geschlechtliche Potenz und innere Sekretion. Therapie der Gegenwart. 1916. p. 283.

Bezugnehmend auf die Versuche von Steinach, Tandler und Grosz u. a. weist Verfasser auf die Bedeutung der Leydigschen Zwischenzellen des Hodens als „Pubertätsdrüse“ hin und erörtert die Aussichten einer auf sie begründeten Organotherapie.

Walther Pick (Wien).



Sowade, H. Die Methoden zur Darstellung und Züchtung von Spirochäten. Beiträge zur Klinik der Infektionskrankheiten und zur Immunitätsforschung. 1914. Bd. II. p. 195.

Den Hauptteil der Ausführungen bildet die Beschreibung der Spirochaeta pallida, ihre Darstellung im Dunkelfeld, im gefärbten Ausstrich und im Schnitt, ihre Züchtung in Misch- und Reinkulturen nach den Methoden von Mühlens, Noguchi, Sowade, Arnheim, Nakano, Shmamine und Tomasczewski. Ferner beschreibt der Verfasser eine große Anzahl anderer pathogener Spirochäten und von den nichtpathogenen diejenigen, welche von differential-diagnostischer Bedeutung sein können.

H. Hamburger (Breslau).

Levin, Ernst. Der Nachweis der Spirochaete pallida nach der Fontanaschen Versicherungsmethode. Münch. med. Woch. 1916. Nr. 16.

Verf. empfiehlt das Verfahren zum Nachweis der Spirochaete pallida. Nur darf hiebei nicht übersehen werden, daß auch ungewöhnliche (gestreckte, geknickte) Formen (Meirowsky!) vorkommen.

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Hage. Die Vorzüge der Fontanaschen Versicherungsmethode zum Nachweis der Spirochaete pallida, Münch. med. Woch. 1916. Nr. 20.

Gute Resultate mittels der Methode, deren Einzelheiten im Original nachzulesen sind.

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Schellhorn, Fritz. Über die Frage des Vorkommens von typischen Langhansschen Riesenzellen in syphilitischen Produkten. Arbeiten a. d. Geb. d. pathol. Anatomie. Baumgarten. Bd. VIII. p. 242.

In syphilitisch erkrankten Geweben kommen typische Langhanssche Riesenzellen nur sehr selten vor. Die früher zahlreicher erhobenen positiven Befunde sind meist darauf zurückzuführen, daß vor der Entdeckung des T.-B.-Bazillus die T.-B.-Natur dieser vermeintlichen „Syphilome" nicht erkannt worden ist. Dagegen kommen vielkernige Massen, ähnlich den Riesenzellen vom Langhansschen Typus, bei Syphilis öfters vor. Doch bestehen diese „Pseudoriesenzellen" nur aus zusammengesinterten Epithelien.

Fritz Schaefer (Brieg).

Müller, Rud. Einige Grundsätze bei der Bewertung der Wassermannschen Reaktion in Fragen der Luesdiagnose und Therapie. Wiener medizin. Wochenschr. 1916. Nr. 28.



Die Untersuchung des 150.000 Falles nach Wassermann gibt Müller die Veranlassung, 2 Punkte einer genaueren Besprechung zu unterziehen. 1. Das Vorkommen positiver Reaktion bei Nichtlues, respektive negativer Reaktion bei Lues und 2. die Beziehungen zwischen positiver Reaktion und Spirochäten. Es gibt manche Veränderungen des Kolloidalzustandes von Seren, die zu positiver W.-R. führen, trotzdem Lues nicht vorliegt, die jedoch bei genauer Prüfung meist Differenzen gegenüber den entsprechenden Zustandsänderungen luetischer Sera zeigen, wodurch die entstehenden Reaktionen als Pseudoreaktionen zu erkennen sind. Wenn ein Luesserum mit dem konzentrierten Antigen (alkohol. Herzextrakt) und daneben unter gleichen Bedingungen mit dem nach bestimmten empirisch gefundenen Gesetzen stärker verdünnten Antigen geprüft wird, so erhält man mit letzterem eine stärkere Reaktion. Nach Müllers Erfahrungen zeigen andere Erkrankungen, die nicht auf Lues beruhen, meist eine deutliche Differenz gegenüber Luesseris darin, daß das Optimum ihrer Reaktionsfähigkeit nicht das gleiche ist. Es gibt wohl auch bei nichtluetischen Seris manchmal eine positive Wassermann-Reaktion, doch läßt sich diese meist durch geeignete Kontrollen als Pseudoreaktion differenzieren. Die negative Reaktion ist für die Diagnose besonders jüngerer Sklerosen nicht verwertbar; im sekundären Stadium kommen negative Reaktionen manchmal in der allerersten Zeit der Proruption, bei isolierten und exsudativen Exanthemen von malignerem Typus vor; schließlich kommen negative Reaktionen bei Rezidiven vor, die sich relativ kurze Zeit nach energischer Kur etablieren. Müller sah auch ausnahmsweise negative Reaktionen in der ersten Zeit nach der Entbindung trotz florider Lueserscheinungen, ebenso haben kongenital luetische Kinder in den ersten Wochen nach der Geburt noch nicht positive Reaktion. Sehr schwerwiegende Beweise sprechen dafür, daß positive Wassermann-Reaktion an Spirochätenanwesenheit geknüpft ist. Es gibt nichts, was die Abschwächung der Wassermann-Reaktion durch Therapie zwanglos erklären könnte, als ihr direkter oder indirekter Einfluß auf vorhandene Spirochäten. Daher müssen die therapeutischen Bestrebungen dahin zielen, die Wassermann-Reaktion negativ zu machen.

Viktor Bandler (Prag).

Kolmer, J. A. Vergleichende Untersuchungen über die Wassermann- und die Hecht-Weinberg-Reaktionen bei Syphilis, mit besonderer Berücksichtigung der cholesterinisierten An-



tigene. The American Association of immunologists. 1916. Mai 11./12. The Journal of the American Medical Association. 1916. Juli 1. p. 70.

Kolmer stellte fest, daß bei 82% der untersuchten Seren die Wassermann- und Hecht-Weinberg-Reaktion gleich ausfiel. Bei 15% war Wassermann negativ und Hecht-Weinberg positiv, bei 3% war das Verhältnis umgekehrt. Fritz Juliusberg (Posen).

Gray, C. D. Eine Urinprobe für Syphilis und ihr Vergleich mit der Wassermannreaktion. Medical Record. 1916. Mai 6. p. 821.

Grays Urinprobe erfordert nur einige Reagenzgläser, von denen einer Kubikzentimetereinteilung aufweist und folgende Lösungen: I. 1 *g* resublimiertes Jod in Chloroform oder Tetrachlorkohlenstoff gelöst. II. 10%ige Phosphorsäurelösung. 6 *ccm* frischen Morgenurins werden mit 1 *ccm* Lösung I versetzt und 2—3 Minuten gründlich geschüttelt. Die Reaktion hängt von irgend einer Substanz ab, welche die Entfärbung des Jods verhindert. Nach einiger Zeit senkt sich das Chloroform zu Boden und ist entweder perligweiß (negative R.) oder rot bis purpura (positive R). Es wird 1 *cm* Lösung II hinzugefügt und die Lösung von neuem geschüttelt. Wenn das Chloroform sich klärt und nach Stehen von 3—5 Minuten weiß wird, ist die Reaktion negativ. Zucker auch in kleinster Menge verursacht immer eine positive Reaktion, daher ist Zuckerprüfung notwendig. Ein niedriges spezifisches Gewicht des Urins bei „nervöser Polyurie" verursacht ebenfalls eine positive Reaktion. Weitgehende Übereinstimmung, nach Abzug der erwähnten Ausnahmen, mit der Wassermannreaktion. Fritz Juliusberg (Posen).

Saalfeld, Edmund. Zur Ausführung der Wassermannschen Reaktion in der Praxis. Dtsch. med. Wochenschr. Nr. 44. 1916.

Unter Hinweis auf die ungemein verschiedenen Resultate bei mehrfachen W.-R. Untersuchungen des gleichen Blutserums verlangt Saalfeld eine einheitliche Regelung und staatliche Kontrolle der Serodiagnostik der Syphilis, ein Vorschlag, den er bereits früher in der Berliner medizinischen Gesellschaft zur Sprache gebracht hatte. Vor allem dürfe die Ausführung der Wassermannschen Untersuchung nicht wie bisher so häufig wenig vorgebildeten, der Verantwortung sich nicht genügend bewußten Personen überlassen werden. Bisher existiert nur ein einziges Institut, S W. Gans in Frankfurt a. M., in welchem die Reagentien nach Wassermanns Angabe hergestellt



und von ihm selbst kontrolliert werden, aber diese eine Fabrik dürfte bei der wahrscheinlichen Zunahme der Syphilis bei weitem nicht ausreichen.

Max Joseph (Berlin).

Heller, Berlin. Kritisches zur modernen Syphilislehre. Berl. klin. Woch. 1916. p. 978.

1. Die „Parodoxie der Wassermannschen Reaktion", die sich in dem völlig entgegengesetzten Resultat der Untersuchung der gleichen Blutprobe in einwandfreien Instituten äußert, beruht nach Verf. nicht auf Fehlerquellen von Seiten des Untersuchers, sondern auf der Untersuchungsmethode an sich. 2. Die Diagnose der Genitalgeschwüre ist eine rein bakteriologische. 3. Ein kongenital-syphilitisches Kind muß nicht unbedingt eine syphilitische Mutter zur Voraussetzung haben, es gibt nach Verf. eine paterne Übertragung der Syphilis. Hans Burkhard (Danzig).

Müller, Wien. Über die Bedeutung der Wassermannschen Reaktion im allgemeinen und im besonderen für die Behandlung der syphilitischen Soldaten. Berl. klin. Woch. 1916. p. 1006.

Polemik gegen die in einer gleichbenannten Arbeit H. E. Schmidts hervorgebrachten Anschauungen, daß positive Reaktion auch noch bei schon geheilter Lues auftreten kann und daß ein wiederholt negativer Ausfall derselben nicht gegen aktive Lues spricht.

Hans Burkhard (Danzig).

Freudenberg, Berlin. Nochmals eine Mahnung zur Vorsicht bei der diagnostischen Verwertung der Wassermannschen Reaktion. Berl. klin. Woch. 1916. p. 1154.

Nach Verf. ist der positive oder negative Ausfall der Reaktion häufig abhängig von dem jeweiligen Untersucher. Es kommt vor, daß man absolut entgegengesetzte Resultate erhält, wenn man dasselbe Blut gleichzeitig verschiedenen Untersuchern zur Anstellung der Reaktion übergibt.

Hans Burkhard (Danzig).

v. Zeissl, Wien. Vier interessante Syphilisfälle und eine Bemerkung zur Wassermannschen Blutprobe. Berl. klin. Woch. 1916. p. 1195.

Eine einzige negative Wassermannprobe ist niemals beweisend, da sie ja, kurze Zeit später vorgenommen, wieder positiv ausfallen kann. Hans Burkhard (Danzig).

Kolmer, J. A. Syphilis und Lebensversicherung, mit spezieller Berücksichtigung der Wassermann- und Luetinreaktion. The Journal of the American Medical Association. 1916. Mai 6. p. 1435.



Kolmer kommt in seinen Ausführungen zu folgenden Schlüssen: 1. Ein Syphilitiker gibt für die Lebensversicherung ein schlechteres Risiko, als eine nichtsyphilitische Person. 2. Ein besonders schlechtes Risiko geben Leute, die die Syphilis nach dem 45. Lebensjahr erworben haben, syphilitische Alkoholiker und Leute mit frühzeitigem Befallensein des Nervensystems. 3. Syphilitiker sollten nur versichert werden, wenn sie gründlich behandelt sind und wenn sie keine aktiven Zeichen der Erkrankung aufweisen. 4. Es ist klar, daß die Antworten des Kandidaten nicht genügen, weder wenn sie positiv sind, und noch weniger, wenn sie negativ sind. Er kann in dem Glauben sein, die Syphilis sich früher geholt zu haben; noch öfter weiß er nichts von seiner syphilitischen Infektion und leugnet dieselbe gutgläubig oder er glaubt sich geheilt. Es ist häufig unmöglich, auf Grund der Anamnese und physikalischen Untersuchung für den Arzt positiv festzustellen, ob der Kandidat nichtsyphilitisch oder, wenn er syphilitisch war, ob er geheilt ist. Für die Beurteilung dieser Fälle sind die Wassermann- und Luetinreaktionen von großem Wert; ebenso sind sie von Bedeutung für die Aufnahme eines Syphilitikers, der behandelt worden ist.

Fritz Juliusberg (Posen).

Börge Pontoppidan. Ist die Wassermannsche Reaktion in den meisten Fällen zu Nutz oder zu Schaden? Ugeskrift for Läger. 1916. Nr. 38. p. 1622—1625.

Verf. bemüht sich zu zeigen, daß die Wassermannsche Reaktion nicht nur in den meisten Fällen überflüssig ist, sondern auch bisweilen direkt schädlich wirkt (!! der Ref.). Die beigefügten Krankengeschichten, die ganz kurz referiert sind, wirken jedoch in dieser Beziehung nicht überzeugend. Harald Boas (Kopenhagen).

Schmidt, Berlin. Über die Bedeutung der Wassermannschen Reaktion im allgemeinen und im besonderen für die Behandlung der syphilitischen Soldaten. Berl. klin. Woch. 1916. Nr. 22. p. 589.

Sch. sieht in der Wassermannschen Reaktion eine Antitoxinreaktion, die noch positiv sein kann, auch wenn die Lues schon geheilt ist. Er erklärt damit das seltene Vorkommen einer negativen Reaktion bei frischer sekundärer Lues, indem in diesen Fällen die Antitoxinproduktion eine ungenügende sein soll und das jahrzehntelange Bestehen einer positiven Reaktion bei dauerndem Fehlen von luetischen Erscheinungen, indem die Antitoxinproduktion die ursächliche Krankheit überdauert. Soldaten, die keine Lues-



symptome aufweisen, außer einer positiven Wassermannschen Reaktion, sind daher voll kriegsverwendungsfähig. Hans Burkhard (Breslau).

Michaelis. Über die Bedeutung der Wassermannschen Reaktion für die Therapie. Therapie der Gegenwart. 1916. p. 241.

Für Michaelis ist die W.-R. ein Symptom der Syphilis. Der Wert eines Symptoms hängt ab 1. von dem Grad der Sicherheit, mit der es erkannt werden kann, 2. von seiner Konstanz und 3. von seiner Spezifizität (Beweiskraft).

Die Sicherheit einer Methode wird durch den Grad ihrer „Reproduzierbarkeit" bestimmt, d. h. durch den Grad der Möglichkeit, stets gleichbleibende Bedingungen für den Ablauf der Reaktion zu schaffen. Diese Möglichkeit schwankt aber bei jeder Reaktion, teils durch Irrtümer, Ungenauigkeiten, welche durch die Grenzen der Leistungsfähigkeit unserer Sinnesorgane noch erhöht werden und welche mit der Zahl der bei einer Reaktion notwendigen Einzelprozeduren (z. B. Filtration, Ausfüllung etc.) noch wachsen, teils durch die verschiedene Reproduzierbarkeit der einzelnen Reagentien. Beide Momente spielen bei der W.-R. eine große Rolle und sowohl die mangelhafte Reproduzierbarkeit der Reagentien, unter welchen der Antigengehalt am schlechtesten reproduzierbar ist, als die Kompliziertheit des Verfahrens lassen sich nur durch peinlichste Kontrollproben wett machen. Der willkürlichen Abschätzung wird aber immer noch reichlich Spielraum bleiben und deshalb stimmt der Verfasser mit Wassermann überein, der nur die stark positiv reagierenden Seren als positiv gelten lassen will. Die Bewertung der Übergangsstufen der Reaktion („schwach positiv", „zweifelhaft") muß dem behandelnden Arzt überlassen bleiben und wird eine verschiedene sein, je nachdem, ob es sich um diagnostische oder um therapeutische Fragen handelt.

Wenn die W.-R. diese Mängel der Sicherheit nicht hätte, so wäre sie eine ideale Reaktion, denn ihre Spezifizität wird von keiner anderen biologischen Reaktion übertroffen und auch ihre Konstanz ist eine sehr große. So haben wir „stets in der einwandfrei positiven W.-R. ein vollwertiges Zeichen der Syphilis zu sehen, das die Behandlung erfordert", vorausgesetzt natürlich, daß keine Kontraindikationen vorliegen (z. B. ein vor dem Platzen stehendes Aortenaneurysma).

Die negative Reaktion hat nur geringen Einfluß auf das therapeutische Handeln. Doch gibt dieselbe, wenn sie,



ohne inzwischen erfolgende Behandlung, ein Jahr anhält, ziemliche, bei zwei Jahren recht große Sicherheit der dauernden Heilung. Walther Pick (Wien).

With, Carl. Über positive Wassermannsche Reaktion bei Ulcus venereum und über die Bedeutung einer mehr feinmerkenden, wenn auch weniger spezifischen Wassermannschen Reaktion. Ugeskrift for Läger. 1916. Nr. 25. p. 1054—1060.

Alle Patienten mit Ulcus venereum und positiver Wassermannscher Reaktion sind als Syphilitiker zu betrachten. W. schlägt vor, die Wassermannsche Reaktion sowohl mit aktivem als mit inaktivem Serum anzustellen. Das Ausbleiben der Herman-Perutzschen Reaktion bedeutet im negativen Sinne viel mehr als das Ausbleiben der Wassermannschen Reaktion.

Harald Boas (Kopenhagen).

Embden, Heinrich und *Much*, Hans. Untersuchungen über die Vorbedingungen der Wassermannschen Reaktion. Beiträge zur Klinik der Infektionskrankheiten und zur Immunitätsforschung. Bd. III. 1914. p. 119.

Um die Theorie der Wassermannschen Reaktion zu erforschen, suchen die Verfasser durch Zusatz wohl definierter, chemischer Substanzen normale Sera Wassermann positiv zu machen. Aus dem Gedanken heraus, daß die W.-Reaktion Ausdruck eines vermehrten Organzerfalls sei, dessen Produkte dem Serum sich mitteilen, benutzen sie einerseits Aminosäuren als Zusatzmittel, andererseits beobachten sie die W.-Reaktion beim experimentellen Organ- (bzw. Serum-) Abbau nach Abderhalden. Die Versuche ergeben, daß ein vermehrter Aminosäuren-Gehalt Sera positiv macht und daß andererseits in Wassermann positiven Seris eine Vermehrung der Aminosäuren nachzuweisen ist. Dabei ist es einerlei, ob die Substanz in vitro zugesetzt, dem lebenden Tier parenteral einverleibt ist, oder ob sie im Abderhalden-Versuch in das Serum aufgenommen wird. Da wäßrige Lösungen von Aminosäuren mit Extrakten unter Komplementbindung nicht reagieren, so müssen außer den Aminosäuren noch ein oder mehrere Serumbestandteile an der Reaktion beteiligt sein. Der Abderhalden-Versuch zeigt, daß die einzelnen Komponenten des Reaktionsträgers diffusibel sind; er selbst ist es nicht und seine Bildung in der eiweißfreien Außenflüssigkeit setzt die Einwirkung der Temperatur von 56° voraus. Da obige Resultate auch durch Zusatz von aminosäurehaltigen Abbaugemischen aus Tierorganen erhalten werden, behaupten die Verfasser



nicht, daß nur Aminosäuren als Träger der W.-Reaktion aufzufassen sind. Immerhin deutet die positive W.-Reaktion auf eine Störung des Eiweißstoffwechsel hin, die wahrscheinlich infolge eines vermehrten Organeiweißzerfalles des Syphilitikers zustande kommt, oder aber auf eine mangelhafte Fähigkeit des syphilitischen Organismus, normal entstandene Eiweißabbaukörper weiter zu zerlegen, zurückzuführen ist. H. Hamburger (Breslau).

Mahlo. Eiweißabbauprodukte und Wassermannsche Reaktion. Beiträge zur Klinik der Infektionskrankheiten und zur Immunität. Bd. III. 1914. p. 101.

Aminosäuren im Reagensglas dem Serum zugesetzt oder parenteral dem Kaninchen eingebracht, ergeben positive Wassermannsche Reaktion. Daß auch von vornherein positive Kaninchen vorübergehend durch Einspritzung von Aminosäuren negative Reaktion zeigen, erklärt der Verf. mit dem Vorgang, daß auch Luetiker nach der Behandlung durch ein sich bildendes Plus an Zerfallsprodukten der Spiroch. pallida oder Organabbauprodukten Wassermann negativ werden.

Die Aminosäuren allein können aber die positive Reaktion nicht bedingen, denn sonst müßte jedes Serum nach dem Essen entnommen, wo das Blut mit Aminosäuren überflutet ist, positiv reagieren. Es handelt sich außer den Aminosäuren um Substanzen, die eine positive Ninhydrinreaktion geben, einen positiven Wassermann machen und aller Wahrscheinlichkeit keine Aminosäuren sind, Substanzen, die entweder von Stoffwechselprodukten der Spir. pallida oder von Abbauprodukten der erkrankten Organe herrühren. Der Verfasser hat eine Methode ausgearbeitet, wodurch er diese Substanzen nach Enteiweißung des Serums durch die Ninhydrinreaktion nachweist. Es ergibt sich in den Versuchen eine Übereinstimmung mit der W.-Reaktion in 79%. Von den restlichen Fällen sind 11 Fälle mit negativem Wassermann und positiver Ninhydrinreaktion anamnestisch sichere Luesfälle.

H. Hamburger (Breslau).

Fraenkel, Max. Dialysierverfahren und Wassermann-Reaktion. Beiträge zur Klinik der Infektionskrankheiten zur Immunitätsforschung. Bd. III. 1914. p. 87.

Der Autor faßt seine Ergebnisse in folgenden Sätzen zusammen:

1. Die Versuche bringen eine Bestätigung der Annahme, daß die Wassermann-Reaktion Ausdruck eines Gewebszerfalls ist; denn der Zusatz ganz geringer Mengen



eines Abderhalden-positiven Dialysats zum Serum verwandelt eine negative W.-R. in eine positive. 2. Das Dialysat als solches ergibt in allen Fällen, in denen durch die Ninhydrin-Reaktion das Vorhandensein von Eiweißzerfallsprodukten nachgewiesen werden konnte, eine positive Wassermann-Reaktion, selbst wenn die Ninhydrin-Reaktion negativ ausfiel, müssen doch noch Abbaustoffe im Dialysat vorhanden gewesen sein, die eine positive W.-R. bedingten. Auch beim Dialysieren von frischem Serum ohne Organzusatz gehen noch soviel Eiweißabbaustoffe, die normalerweise im Serum vorhanden sind oder durch autolytische Prozesse während des Aufenthalts im Brutschrank entstehen, in die Außenflüssigkeit über, daß durch sie bei der W.-R. die Hämolyse gehemmt wird. 3. Im Dialysat ist eine positive W.-R. nur dann mit Sicherheit nachzuweisen, wenn dasselbe vor Anstellen der Reaktion inaktiviert wird; andernfalls bleibt die Hämolyse häufig aus, oder es tritt Selbsthemmung ein. Da wir beim Dialysat mit einer sehr stark verdünnten wässerigen Lösung von Eiweißabbaustoffen zu tun haben, von denen aktiv-biologische Vorgänge (etwa Fermentbildung) wohl kaum zu erwarten sind, so ist dieses Faktum besonders wichtig und lehrreich. 4. Der Zusatz geringer Mengen von Erythrozyten-Aufschwemmungen oder -Lösungen zum Serum beeinflußt weder die Ninhydrin- noch die Wassermann-Reaktion. H. Hamburger (Breslau).

Leschly, W. Versuche über Komplement II. Die komplexe Konstitution des Meerschweinchenserums. Zeitschr. f. Immunitätsf. Bd. XXV. Heft 1.

Eingehende Untersuchungen über die Spaltung des Meerschweinchenserums, Funktionen von End- und Mittelstück und ihr Verhältnis zu einander, über die Brandsche Modifikation, Er-Lezithin, auxilytische Funktionen und Inaktivierung des Meerschweinchenserums. Näheres ist im Original nachzulesen, als Referat für diese Zeitschrift nicht geeignet. Marg. Stern (Breslau).

Porges, Otto. Die Serodiagnostik der Syphilis mittels der Präzipitationsmethoden. Beiträge zur Klinik der Infektionskrankheiten und zur Immunitätsforschung. Bd. II. 1914. p. 419.

1. Fornet und Schereschefsky beobachteten eine gegenseitige Fällung der Sera von syphilitischen und metasyphilitischen Affektionen. Die Ursache der Erscheinung ist nicht geklärt. 2. Michaelis sah Präzipitationen im Gemenge von Syphilisserum und Extrakt. 3. Porges und seine Mitarbeiter fanden eine für Syphilis in hohem Maße



charakteristische Ausflockungsreaktion zwischen Syphilisserum und Lipoidemulsionen, die in der Modifikation von Herman und Perutz für den klinischen Gebrauch verwertbar ist. Sie stellen die Theorie auf, daß die Phänomene, die Michaelis und sie beobachtet haben, wesensgleich mit denen der Wassermannschen Reaktion sind, indem nämlich der Komplementbindung ebenfalls eine unsichtbare Lipoidausflockung vorangeht. Jakobsthal hat durch scharfes Zentrifugieren das komplementbindende Gemenge von Syphilisserum und Extrakt seiner spezifischen Fähigkeiten beraubt und sieht darin den Beweis für die aufgestellte Theorie. 4. Klausner verdünnte Syphilisserum mit destilliertem Wasser und beobachtete einen deutlichen Niederschlag nach mehreren Stunden. Außer sicher luetischen Seren gaben allerdings auch solche von Fieber-, Tuberkulose- und Karzinomkranken positive Reaktion. Die Reaktion beruht wahrscheinlich auf einem vermehrten Gehalt des Syphilisserums an Lipoiden, weil nach Entfernung der Lipoide durch Ätherextraktion das Serum mit destilliertem Wasser nicht mehr präzipitiert wird, aber nach Zusatz von Lipoiden die Klausnersche Reaktion wieder auftritt. H. Hamburger (Breslau).

Jaiser, A. Studien über Organextrakte. Zeitschrift f. Immunitätsf. Bd. XXIV. H. 6.

Verf. hat vergleichende Untersuchungen über die bis jetzt beschriebenen Organextrakte angestellt. Er kommt u. a. zu folgenden Resultaten:

Wässerige Aufschwemmungen menschlicher oder tierischer Organe sind zur Anstellung der Wassermannschen Reaktion auch in feinster Suspension unbrauchbar.

Unbrauchbare wässerige Normalorganextrakte lassen sich in brauchbare alkoholische Extrakte überführen, ebenso verhalten sich wässerige Luesleberextrakte, die unspezifische Hemmungserscheinungen zeigen und bis zu einem gewissen Grade auch Azetonextrakte.

Für die Bewertung eines Extraktes hält Verf. neben der Bestimmung des Titer- auch die Feststellung des Sensibilitätswertes, d. h. die Feststellung der kleinsten Serummenge, die noch völlige Hemmung der Hämolyse hervorruft, für wichtig.

Bei Luesleberextrakten überwiegt der Sensibilitäts-, bei Normalorganextrakten stets der Titerwert, die ersteren sind der letzteren weit überlegen und bei quantitativer Auswertung von Seren unersetzlich.

Menschliche Nieren liefern sehr brauchbare Extrakte



und zeigen auch bei pathologischer Veränderung des Organs übereinstimmende Wirkung.

Als hemmendes Agens kommt nicht nur ein alkohol- sondern auch ein ätherlöslicher Anteil in Betracht.

Cholesterinzusatz im Verhältnis $^1/_{10\cdot000}$ bewirkt keine, $^1/_{100}$ eine deutliche Veränderung des Titerwertes von Normalorganextrakten.

Die Bestimmung der vom Antigen absorbierten Komplementmengen liefert mitunter sehr erhebliche Werte. Einstellung der einfachen Ambozeptordosis in den Hauptversuch ergibt bei Normalextrakten gute, bei cholesterinierten Extrakten brauchbare, bei Luesleberextrakten unbrauchbare Resultate. Marg. Stern (Breslau).

Bing und *Schmidt*. Untersuchungen über Ausflockungsreaktionen (Mastixreaktionen). Ugeskrift for Läger. 1916. Nr. 27. p. 1119—1125.

Negative Mastixreaktion ist mit negativer Wassermannscher Reaktion eindeutig. Eine starke positive Mastixreaktion gibt mit sehr großer Wahrscheinlichkeit eine positive Wassermannsche Reaktion an. Ausflockung in einem einzelnen Röhrchen braucht wahrscheinlich negative Wassermannsche Reaktion.

Harald Boas (Kopenhagen).

Sachs. Frankfurt a. M. Über die Ausflockung von Mastix durch Liquor cerebrospinalis. Berl. klin. Woch. 1916. Nr. 25. p. 690.

Analog der Ausflockung der kolloidalen Goldlösung bei der „Goldsolreaktion" tritt bei Anwendung einer kolloidalen Mastixemulsion unter Einwirkenlassen von Zerebrospinalflüssigkeit, die insbesondere herrührt von Patienten mit Paralyse oder Lues cerebrospinalis, eine Ausflockung desselben ein. Hans Burkhard (Breslau).

Stern, Carl. Vergleichende Untersuchungen über die Thoma-Zeißsche und Fuchs-Rosenthalsche Zählkammer bei Liquoruntersuchungen. Münch. med. Wochenschr. 1916. Nr. 3.

Es hat sich herausgestellt, daß bei der Zählung der Liquorzellen mit der Thoma-Zeißschen und Fuchs-Rosenthalschen Zählkammer sich kaum wesentliche Unterschiede ergaben. Verschiedenheiten bis zu drei Zellen im Kubikmillimeter gehören in den Bereich der unvermeidlichen Fehlerquellen.

Es ist daher nicht als beweisend anzusehen, wenn Autoren solch kleine Unterschiede diagnostisch oder therapeutisch verwerten. Theodor Baer (Frankfurt a. M.).



With, Carl. Uber Pandys Reaktion in der Spinalflüssigkeit, über die Unannehmlichkeiten und die Indikationen der Lumbalpunktur bei Syphilis. Ugeskrift for Läger. 1916. Nr. 32. p. 1353 bis 1370.

Negative Pandys Reaktion bedeutet mit großer Wahrscheinlichkeit negative Nonne-Apeltsche Reaktion. Unter 490 Lumbalpunktionen fanden sich in 28% recht unangenehme meningeale Symptome. Die Lumbalpunktur muß bei allen Spitalspatienten vorgenommen werden, wenn die Spinalflüssigkeit nicht früher untersucht worden ist.

Harald Boas (Kopenhagen).

Neisser, A. Wann soll bei Syphilitikern die Spinalflüssigkeit untersucht werden? Berl. klin. Wochenschr. 1915. Nr. 19.

Entgegen der Ansicht mancher Autoren, die die unter Umständen wiederholte Untersuchung der Spinalflüssigkeit bei jedem Syphilitiker verlangen, beantwortet Verf. obige Frage wie folgt: Dieselbe ist dann indiziert, wenn man die Frage entscheiden will, ob nach genügend langer Behandlung zu der bereits erzielten klinischen und serologischen Heilung eine Veranlassung seitens des Liquorbefundes vorliegt, mit den Kuren aufzuhören oder nicht. Ferner liegt eine Indikation zur Untersuchung des Liquor in solchen Fällen vor, wo trotz energischester Kuren ein negativer Umschlag der Seroreaktion nicht zu erzielen ist. Ist dann der Liquorbefund negativ, so ist die Wahrscheinlichkeit, daß eine Erkrankung des Zentralnervensystems droht, so gering, daß man mit der Behandlung aufzuhören wagen darf.

Max Leibkind (Dresden).

Syphilis. — Symptomatologie.

Mc Lester, J. S. Die Häufigkeit nicht verdächtiger Syphilis mit besonderer Berücksichtigung ihres Vorkommens bei sog. Neurasthenie. The Journal of the American Medical Association. 1916. Juni 24. p. 2063.

Mc Lester hat 300 Patienten, bei denen klinisch keine Syphilis in Frage kam, nach Wassermann untersucht und kommt zu den Schlüssen, daß die Syphilis ein viel größerer ätiologischer Faktor in der inneren Medizin ist, als man im allgemeinen annimmt und daß eine große Zahl der sog. Neurastheniefälle Syphilitiker betrifft und möglicherweise eine milde Form der zerebrospinalen Syphilis darstellt.

Fritz Juliusberg (Posen).





Kissmayer, A. Die frühzeitige Diagnose der Syphilis des Zentralnervensystems. Hospitalstidende 1916. Nr. 40 p. 977—982.

K. empfiehlt bei allen nervösen Symptomen und gichtähnlichen Schmerzen sofort Lumbalpunktur. Er führt mehrere instruktive Krankengeschichten an, die illustrieren, daß eine ernste Syphilis des Zentralnervensystems inzwischen nur durch diese Untersuchungsmethode unterbracht werden kann. Harald Boas (Kopenhagen).

Chable, R. E. Über die Verlängerung der Unterschenkel bei Syphilis congenita tarda. Korrespondenzblatt f. Schweizer Ärzte 1916. Nr. 24. p. 751.

Chable berichtet über zwei Fälle von kongenitaler Spätsyphilis, die in der Klinik Jadassohns zur Beobachtung kamen. In beiden Fällen zeigte sich eine Verlängerung der Unterschenkel, die beim ersten Fall, einem 22jährigen Manne, doppelseitig war und 10 *cm* betrug, beim zweiten Falle, einem 17jährigen Lehrling, aber nur einseitig zu konstatieren war und 3 *cm* maß. Bei beiden Fällen zeigte die Tibia die typische Säbelscheidenform. Bei beiden Fällen waren neben der Verkrümmung noch die Verdickung und die periostalen Exostosen zu konstatieren. Im ersten Falle war der Prozeß schon weiter vorgeschritten, indem die Knochensubstanz schon sklerosiert war und die Markhöhle ausfüllte, während im zweiten Falle noch der Zustand der hyperostosierenden Periostitis bestand, wobei die entzündliche Neubildung in die Markhöhle hineinragte. Der Knochen war hell, verdickt und leichter als in der Norm.

Verf. mißt der Säbelscheidenform der Tibia und der sie begleitenden Verlängerung der Unterschenkel eine besondere Wichtigkeit in der Symptomatologie der hereditären Lues bei. Max Winkler (Luzern).

Börge Pontoppidan. Syphilis haemorrhagica neonatorum. Hospitalstidende 1916. Nr. 26. p. 626—630.

2 Fälle; nach wenigen Tagen trat der Tod ein.
Harald Boas (Kopenhagen).

Hintze. Fieber bei Lebersyphilis. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. 1914, H. 19. p. 656.

Kasuistik. Smilovici (Breslau).

Boas, Harald. Zwei Fälle von Rezidiv von Syphilis 2¼ und 3 Jahre nach dem Versuche einer abortiven Kur bei Indurationen mit negativer Wassermannscher Reaktion. Ugeskrift for Läger 1916. Nr. 37. p. 1579—1582.



In deutscher Sprache in der Dermatologischen Wochenschrift 1916, Nr. 37, publiziert.

Harald Boas (Kopenhagen).

Ehlers. Syphilis congenita, auf der 4. Abteilung des Kommunehospitals in den Jahren 1863—1915. Ugeskrift for Läger. 1916. Nr. 32. p. 1370—1374.

Unter 1471 Kindern starben 591 = 40%

Harald Boas (Kopenhagen).

Cyrenka. Das Alopecie-Phänomen und seine Bedeutung als Anzeichen einer meningealen Lues. Berl. klin. Woch. 1916. p. 713.

Das von Gennerich beobachtete auffallend häufige Zusammentreffen von Alopecia specifica + Liquorinfektion macht erstere zu einem „diagnostisch durchaus verwertbaren Symptom“ einer meningealen Lues.

Hans Burkhard (Danzig).

Zechlin, Berlin. Tabes dorsalis im Anschluß an nicht oder ungenügend spezifisch behandelte Lues. Berl. klin. Woch. 1916. p. 1155.

Verf. tritt zur Verhütung der metasyphilitischen Krankheitserscheinungen für eine möglichst frühzeitige, chronisch-intermittierende, 4—5 Jahre andauernde, spezifische Luesbehandlung ein, sieht aber leider in der intravenösen Salvarsaninjektion nur ein „wertvolles Unterstützungsmittel — aber auch nicht mehr als ein solches“ (!) und empfiehlt hydrotherapeutische Maßnahmen, die zugleich die Bildung von Depots unter der Haut, die nach ihm „bekanntlich eine sehr unerwünschte Zugabe bedeuten“ (!!), verhindern sollen.

Hans Burkhard (Danzig).

Egyedi, Heinrich. Eine Kombination von syphilitischem Primäraffekt der Vulva mit isolierter Vulvitis diphterica. Dtsch. med. Wochenschr. Nr. 44. 1916.

Das siebenjährige Mädchen war, wie Egyedi ermitteln konnte, durch das Sittlichkeitsverbrechen eines Mannes syphilitisch infiziert worden. Auf dem Primäraffekt an der Vulva entwickelte sich sekundär eine diphtheritische Entzündung. Da eine Ansteckungsquelle für Diphtherie nicht vorhanden war, nimmt Verf. an, daß längere Zeit vor der syphilitischen Infektion an der Vulva Diphtherie- oder Pseudodiphtheriebazillen angesiedelt waren, die nun in dem syphilitischen Geschwür einen guten Boden fanden und so pathogene Kraft erlangten. Trotz täglicher Spülungen mit Kal. hyperm. und Bestreuung mit Kalomel fanden sich noch nach 3 Wochen lebensfähige Diphtheriebazillen im Ausstrich,



ein Beweis für die Widerstandsfähigkeit dieses Mikroorganismus. Max Joseph (Berlin).

Bauch, Solomon. Ein Bericht über zwei Fälle von Lungensyphilis. Medical Record. 1916. Mai 20. p. 906.

Auf Grund der von ihm beobachteten zwei Fälle von Lungensyphilis rät Bauch in den Sanatorien bei den Fällen, welche einen positiven Lungenbefund bei negativem Sputum aufweisen, die Wassermannreaktion anzustellen und im Zweifelfalle eine antisyphilitische Kur zu beginnen. Erschöpfend ist die Lungensyphilis von Clayton (American Journal of the medical sciences April 1905) behandelt. Fritz Juliusberg (Posen).

Church, Archibald. Einige neuere Errungenschaften über die Syphilis des Nervensystems. The Journal of the American Medical Association. 1916. Mai 20. p. 1596.

Die Arbeit von Church beschäftigt sich mit der Verbreitung der Syphilis, speziell der Syphilis des Nervensystems, und unter der letzteren wieder der der Tabes und Paralyse. Eigenartig ist der verschiedene Verlauf der Syphilis. Es gibt offenbar verschiedene Stämme der Spirochaeta pallida. Ch. erwähnt eine Beobachtung aus der französischen Literatur, wo fünf junge Soldaten sich bei derselben Frau ansteckten. Vier bekamen Paralyse, einer Tabes. Bekannt ist weiter ein Fall Erbs-Lavelle, wo das Verhältnis eines Studenten, der an zerebraler Syphilis starb, später einen zweiten Studenten infizierte, der heiratete und gesunde Kinder hatte, aber an Paralyse starb. Das infizierende Mädchen steckte später noch zwei Männer an, die beide an Paralyse starben. Ch. bespricht das Kapitel der ehelichen Syphilis. Entsprechend diesen Beobachtungen ist es gelungen, im Laboratorium der Army Medical School in Washington verschiedene Stämme der Spirochaeta pallida zu züchten, die verschiedene klinische Syphilisformen produzieren. Fritz Juliusberg (Posen).

Warthin, A. S. Veränderungen im Pankreas bei latenter Syphilis. Association of american physicians. 1916. Mai 9—11. The Journal of the American Medical Association. 1916. Juni 17. p. 2032.

Das Sektionsmaterial von sieben Fällen von Diabetes ergab histologisch Warthin Veränderungen des Myokards und der Aorta syphilitischer Natur. Das Vorhandensein von Spirochäten wurde bei 5 Fällen festgestellt. Bei allen diesen Fällen fanden sich ausgesprochene Veränderungen im Pankreas und zwar handelt es sich um eine interstiti-



elle, sowohl interlobuläre, wie interazinäre, Pankreatitis. W. untersuchte darauf das Pankreas bei zahlreichen Fällen von latenter Syphilis und fand nie ein normales Pankreas; die Veränderungen in Form diffuser oder herdweiser Fibrose mit aktiven entzündlichen Herden entsprachen den Lokalisationen der Spirochäten.

Fritz Juliusberg (Posen).

Reasoner, M. A. Frühzeitiger Tod durch zerebrale Syphilis, mit erfolgreicher Kanincheninfektion. The Journal of the American Medical Association. 1916. Juni 17. p. 1917.

Reasoners 30jähriger Patient infizierte sich im Januar 1915. Primäraffekt Mitte Februar. Er erhielt vom 27. Februar bis 1. Juni zwei intravenöse Injektionen von 0·9 Neosalvarsan und 24 Injektionen von Hg. salicylicum. Der nach dieser Kur mehrfach angestellte Wassermann war negativ. Im August traten schwere Kopfschmerzen auf. Er erhielt im September 0·3 Neosalvarsan. Nach vorübergehendem Weichen der Kopfschmerzen traten Konvulsionen auf. Die Behandlung mit Salvarsan und Quecksilber wurde fortgesetzt. Besserung der Erscheinungen. Eine Reihe epileptiformer Konvulsionen entwickelte sich im November, die zu Bewußtlosigkeit und zum Tode führten. Die Sektion ergab gummöse Veränderungen in der Hirnrinde. Mit der Spinalflüssigkeit gelang die Infektion eines Kaninchens durch Impfung in den Hoden.

Fritz Juliusberg (Posen).

Thompson, *Loyd*. Komplette syphilitische Alopekie. The Journal of the American Medical Association. 1916. April 22. p. 1303.

Komplette Alopekie als Syphilisfolge gehört, wie Thompson hervorhebt, zu den größten Seltenheiten. In der Literatur fand er nur die Angabe von Abraham und Davis (aus Power und Murphy: System of Syphilis, London 1910), die mehr als einen Fall gesehen hätten und die von Chambers (The Journal A. M. A. 1901. Jan. 5, p. 57). Sein Patient begann drei Wochen nach der Feststellung des Primäraffektes das Haar zu verlieren, bis der ganze Körper haarlos war. Spezifische Behandlung beseitigte den Zustand nicht.

Fritz Juliusberg (Posen).

Symmers, Douglas. Anatomische Veränderungen bei später akquirierter Syphilis. The Journal of the American Medical Association. 1916. Mai 6. p. 1457.

Symmers kommt zu folgenden Schlüssen: 1. Bei 4880 Sektionen fanden sich anatomische syphilitische Ver-

änderungen 314 mal, also in 6·5%. 2. Veränderungen der Haut und Schleimhaut fanden sich 106 mal oder in 33·4%. Hierbei wurden atrophische pigmentierte Hautnarben, besonders in der prätibialen Region, 62 mal gezählt. Rupia kam 17 mal zur Beobachtung, Narben am Penis 17 mal und Kondylomata lata und andere Syphilide 10 mal. 3. Vergrößerung der oberflächlichen Lymphdrüsen fand sich bei 6% der Fälle. 4. Veränderungen des Knochensystems kamen 48 mal, d. i. bei 14·9% der Fälle vor. Chronische produktive entzündliche Veränderungen der Schädelknochen waren bei 23 Fällen, ähnliche der Tibia bei 16 Fällen vorhanden. 5. Chronische interstitielle Orchitis fand sich 67 mal oder in 39% der männlichen Individuen. Beide Testikel waren 40 mal befallen, der linke 18 mal, der rechte 9 mal. Es fand sich nicht ein einziger Fall von Hodengumma. 6. Indurative Atrophie der Zungenbasis wurde bei 25% der Fälle festgestellt. 7. Syphilitische Veränderungen des Respirationstraktus wurden 35 mal, d. h. bei 10·5% festgestellt. Der Larynx war 12 mal befallen, bei 9 Fällen fand sich chronische interstitielle syphilitische Pneumonie, viermal zugleich mit Bronchiektasie; geschwürige und narbige Veränderungen der Trachea wurde bei 4 Fällen festgestellt. Von diesen hatte einer die Tracheotomie in vivo erforderlich gemacht. Das Nasenseptum war 4 mal perforiert, einmal der harte Gaumen. 8. Veränderungen des Nervensystems kamen bei 112 Fällen, oder in 35·6% vor. 9. Syphilis der Leber wurde bei 105 Fällen, also bei 33·4% entdeckt. Darunter waren 50 Fälle von Hepar lobatum, von denen 12 zugleich Lebergummen aufwiesen; 23 Fälle von solitären oder multiplen Gummen ohne bemerkenswerte sklerotische Veränderungen am Stroma, 27 Fälle mit syphilitischen Narben der Kapsel und 5 Fälle von Amyloidleber syphilitischen Ursprungs. 10. Syphilitische Aortitis kam 175 mal d. h. bei 55·7% der gesamten Syphilitikern zur Beobachtung. Der Arkus war alleine bei 63% befallen, Dilatation der Aorta fand sich bei 22·3%; Aneurysma fand sich bei 45 Fällen, die Aortenklappen waren bei 64 Fällen sklerotisch und bei 27 ausgesprochen retrahiert.

Fritz Juliusberg (Posen).

Irons, E. E. und *Brown,* E. V. L. **Die Ätiologie der Iritis.** The Journal of the American Medical Association. 1916. Juni 10. p. 1840.

Welche Rolle die Syphilis und Gonorrhöe in der Ätiologie der Iritis spielen, erhellt aus einer Statistik von



Irons und Brown: Von 100 Fällen von Iritis waren 23 durch Syphilis bedingt, 9 durch gonorrhoische Infektion.

Fritz Juliusberg (Posen).

Scherber, G. Beitrag zur Klinik und Therapie der Syphilis. Wiener medizin. Wochenschr. 1916. Nr. 28.

Scherber beobachtete 6 Fälle von Hirnsyphilis, welche im Frühstadium der Syphilis zwischen dem 5. und 9. Monat der Infektion auftraten, 3 dieser Fälle endeten trotz sofort einsetzender Behandlung innerhalb 3—7 Tage letal, 2 kamen mit dauernden Lähmungen, 1 Fall von leichter Hemiparese wurde völlig wieder hergestellt. Alle Patienten hatten eine ungenügende 1. Kur durchgemacht und zeigte sich bei allen Patienten heftiger Kopfschmerz und Schwindelgefühl, sowie Schlaflosigkeit. Scherber beschreibt dann einen Fall von Meningitis spinalis luetica. ebenfalls im Frühstadium der Lues, bei dem die 2. energische Hg-Neosalvarsan-Jodkur Heilung brachte. Weiters berichtet der Autor über einen Fall von Spätlues mit Nervenerscheinungen (Pseudoparalyse), der durch eine energische kombinierte Behandlung auffallend gebessert wurde.

Viktor Bandler (Prag).

Nobl, G. Seltene und verkannte Formen fibröser Spätsyphilide. Wiener mediz. Wochenschr. 1916. Nr. 28 und 29.

Nobl bespricht den Anteil des Bindegewebes am anatomischen Aufbau der spezifischen Syphilisprodukte, erörtert die histologische Beschaffenheit der Kondylome in ihren verschiedenen Formen, das Gumma, schwieliger und keloider Bildungen, um dann einen Fall abzubilden, der elephantiastische Auftreibungen, von Teleangiektasien durchsetzte Felder und oberflächliche Zerfallsparzellen darbietet und als fibröses Spätsyphilid der Gesichtsweichteile anzusprechen ist, wiewohl er jahrelang als Dermatitis papillaris geführt wurde. Ein 2. Fall, bei dem jahrelang bestehende tubero-krustöse und ulzerös kutane Herde zur knotigen Auftreibung im Gebiete der Glabella und Augenbraunbogen, sowie zu rüsselartig verdickten Lippen und wulstigen Wangen geführt hatten, wurde lange Zeit als Lupus vulgaris betrachtet. Nach einer energischen Hg-Behandlung kamen nicht nur die exulzerierten Stellen zur Überhäutung, sondern es machte sich auch eine deutliche Abnahme der Auftreibungen geltend. Noch andere Beispiele fibröser Elephantiasis als Begleiterscheinung der syphilitischen Infektion und ausgedehnter tubero-ulceröser Flächensyphilide führt Nobl an.

Viktor Bandler (Prag).



v. Zeissl, Wien. Uber syphilitische Erkrankungen des Zirkulationsapparates. Wiener med. Wochenschr. 1916. Nr. 34.

In dem Artikel berichtet Zeissl über eigene interessante Beobachtungen und ähnliche Fälle aus der Literatur. Viktor Bandler (Prag).

Rumpel, Th. Über epidemisches Auftreten von eitriger Stomatitis. Münch. mediz. Woch. 1916. Nr. 22.

Beschreibung einer Epidemie von eitriger Stomatitis in einem Gefangenenlager (420 Fälle, über die Hälfte aller Lagerinsassen). Sie hat große Ähnlichkeit mit der merkuriellen Stomatitis. Maul- und Klauenseuche ist nach eingehenden Untersuchungen auszuschließen. Die Ursache dürfte zu suchen sein in Ausscheidungsstoffen toxischer Natur, vielleicht mit der Nahrung eingeführt.
Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Buchanzeigen und Besprechungen.

Strandberg, J. Beitrag zur Frage der Bedeutung der inneren Sekretion in der Dermatologie. Stockholm 1917. Im Selbstverlag des Verfassers.

Mit großem Fleiße trägt der Verfasser alles bisher über das Gebiet der inneren Sekretion Bekannte, soweit es für die Dermatologie von Bedeutung ist, zusammen. Im allgemeinen Teil werden der Einfluß der Hyper- bzw. Hypofunktion der Keimdrüsen, Hypophyse, Schilddrüse, Nebennieren, Parathyreoidea und der Thymus auf die Haut und ihre Adnexe besprochen, und die bisherigen Erfolge und Mißerfolge einer Organtherapie erörtert. Im speziellen Teil finden sich, durch gute Abbildungen illustrierte Krankengeschichten, welche den Zusammenhang von Ichthyosis, Alopekie, Nagelveränderungen, Sklerodermie, Hautatrophie, Epidermolysis bullosa hereditaria, Herpes gestationis, Vitiligo und verschiedenen Geschwülsten mit Störungen der inneren Sekretion, nahelegen. Das ganze Gebiet erscheint allerdings noch nichts weniger als völlig geklärt und noch reichlich hypothetisch, fordert aber gerade deshalb zu intensiver Beobachtung und Materialsammlung heraus. Hiebei wird das Strandbergsche Buch, welches auch in einem Verzeichnis die gesamte bisherige Literatur über den Gegenstand enthält, jedem ein unentbehrlicher Behelf sein. Walther Pick (Wien).



Wolff und *Mulzer*. Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. II. Bd. Hautkrankheiten. 2. Auflage. Verlag F. Enke, Stuttgart 1917. Preis M. 36.—.

Wolff hat die 2. Auflage seines Lehrbuches nicht selbst fertigstellen können. Sie wurde von Mulzer in Wolffs Sinne zu Ende geführt und ist dem verstorbenen Lehrer gewidmet.

Ein besonderer Vorzug des Buches ist seine große Vollständigkeit, wie sie von einem Nichtsammelwerk nur selten erreicht wird. Daß es eine histologische, bakteriologische, serologische und hämatologische Technik einschließt, daß die Röntgen-, Finsen-, Radiumtherapie sehr eingehend behandelt ist, ist sicher sehr dankenswert, wenn wir uns auch sagen müssen, daß dies alles für den Spezialarzt viel zu wenig, für den Studenten und Nicht-Facharzt viel zu viel ist. Es wäre doch wohl riskiert, wollte ein Nicht-Facharzt nach dem Buche, trotzdem es eigentlich alles Wissenswerte darüber enthält, Röntgentherapie treiben und der chirurgisch Ungeübte wird, trotz der besten Schilderung der Nahttechnik etc., nicht im stande sein, auch nur den kleinsten Nävus zu exzidieren.

Der spezielle Teil ist reich mit Bildern ausgestattet, lauter vorzüglichen Photographien. Leider fehlen farbige Reproduktionen, die speziell in unserem Fache nahezu unentbehrlich sind. Dieser Mangel sowie der hohe Preis des Buches sind wohl auf sein Erscheinen in Kriegszeiten zurückzuführen. Walther Pick (Wien).

Sonntag. Die Wassermannsche Reaktion in ihrer serologischen Technik und klinischen Bedeutung auf Grund von Untersuchungen und Erfahrungen in der Chirurgie. Verlag Julius Springer, Berlin 1917. Preis M. 6.80.

Das vorliegende Buch, das eine zusammenfassende Übersicht über die Wassermannsche Reaktion gibt, besteht aus zwei Abschnitten. Der erste serologische Teil enthält die Methodik. Nach Besprechung der bei der Wassermannschen Reaktion zur Anwendung kommenden Reagenzien, der Reaktionskörper und der Versuchsanordnung beschreibt der Verfasser seine eigene Methodik. Zum Unterschied von der Originalmethode arbeitet Verf. mit zwei Vorversuchen, von denen der erste die Titration des hämolytischen Ambozeptors, der zweite die Titration des Komplements bezweckt. Gleichzeitig wird auch noch das Komplement in Gegenwart der später im Versuch verwendeten Extrakte und eventuell eines positiven und negativen Serums austitriert. Einzelheiten der fein und verständnisvoll ausgearbeiteten Methodik sind im Original nachzulesen. Der zweite klinische Teil bespricht die Spezifität und die Konstanz der Reaktion, den Einfluß der spezifischen Behandlung auf das Versuchsergebnis und die Verwertbarkeit und Bedeutung der Reaktion für die Klinik. Ein warmes Geleitwort Geheimrat Payrs hebt den großen Wert des Buches für den Praktiker, speziell den Chirurgen hervor, dem naturgemäß die Zeit mangelt, sich in den Originalarbeiten Belehrung zu suchen. Den Schluß des Buches bildet ein ausführliches Literaturver-



zeichnis bis zum 1./X. 1916, das zwar nach Angabe des Verf. auf Vollständigkeit keinen Anspruch macht, aber allen Serologen, die sich eingehender mit den einzelnen Fragen beschäftigen wollen, sehr willkommen sein wird. Marg. Stern (Breslau).

Kaup, J. Kritik der Methodik der Wassermannschen Reaktion und neue Vorschläge für die quantitative Messung der Komplementbindung. Mit 7 Abbildungen. Verlag R. Oldenbourg, München und Berlin 1917. Preis M. 5.—.

Im ersten der 3 Teile des Buches, der hauptsächlichst theoretisches Interesse hat, werden rein wissenschaftlich die Beziehungen der Reagenzien eines hämolytischen Systems auseinandergesetzt. Daß Ambozeptor und Komplement sich bis zu einem hohen Grade gegenseitig ergänzen, ist bekannt, der Verf. findet aber auf Grund eigener eingehender Versuche gesetzmäßige quantitative Beziehungen zwischen Komplement und Ambozeptor, die er in Kurven darstellt. Im 2. Teil bespricht K. die Gründe für seine Abänderung der Wassermannschen Reaktion: sie sowohl wie die Modifikationen tragen weder dem reziproken Verhältnis von Ambozeptor und Komplement, noch der Eigenhemmung der Patientensera genügend Rechnung. Sie berücksichtigen auch zu wenig bei der Einstellung der Extrakte die eiweißfällende und hämolytische Zone, die häufig die eigentliche Hemmungszone verdeckt, da bei der Einstellung meist empirisch vorgegangen wird.

Die Methode K.'s, die auf der Erkenntnis der Beziehungen der Reagenzien fußt, hat als Grundlage eine genaue Bestimmung der Komplementeinheit durch zwei Vorversuche, bei denen sowohl die Extrakt- wie die Serumwirkung berücksichtigt wird. Sehr wichtig ist, daß der Komplementtiter nicht nur an jedem einzelnen Versuchstage im Vorversuch, sondern auch während des Hauptversuchs bestimmt wird. Zur quantitativen Bestimmung der spezifischen Komplementbindung wird mit steigenden Komplementeinheiten bei konstanten Extrakt- und Serummengen gearbeitet. Nach den vergleichenden Versuchsergebnissen K.'s ist seine Methode empfindlicher als die Originalmethode, die Gefahr unspezifischer Hemmungen wird trotzdem vermieden und die Resultate können quantitativ bewertet werden. Als Extrakt wird ein Luesleberextrakt verwertet, von dessen Überlegenheit, den unspezifischen Antigenen gegenüber, der Verf. überzeugt ist.

Der 3. Teil des Buches bringt eine Besprechung der Originalmethode und einer Reihe von Modifikationen. Verf. sieht die größte Schwäche der Originalmethode in der Nichtbeachtung des Komplementtiters, da nicht nur der reine Komplementtiter, sondern auch der Gebrauchstiter mit Einrechnung der Extrakt- und Serumhemmung schwankende Größen sind. Die Originalmethode genügt den Anforderungen des Verf. nicht, da sie klinisch und technisch unzuverlässig ist. Daher dürfte bei einer obligatorisch vorgenommenen Massenuntersuchung, wie sie geplant ist, nur eine Methode empfohlen werden, die hinreichende Empfindlichkeit und übereinstimmende Befunde gewährleistet.

Der Nachdruck ist nicht nur auf die Herausgabe staatlich geprüfter Extrakte, sondern vielmehr noch auf die Zuverlässigkeit der Methodik zu legen.

Die Methodik des Verfassers, die nach dem heutigen Stande der serologischen Wissenschaft theoretisch und praktisch allen Anforderungen gerecht wird, verdient es, in allen wissenschaftlich arbeitenden serologischen Instituten nachgeprüft zu werden. Die Mehrarbeit, die bei event. Einführung der Methode den betreffenden Kräften erwachsen würde, ist nicht so bedeutend, wie es im ersten Augenblick den Anschein hat, da nach Ansicht des Verf. ein spezifischer Extrakt für die Untersuchung genügt. Das Buch K.'s bringt außer seiner Methode dem Theoretiker und dem Praktiker mit seinem reichen Inhalt und seiner klaren Darstellungsweise eine Fülle von Anregungen, so daß sein Studium auf das wärmste empfohlen werden kann. Marg. Stern (Breslau).

Hartmann und *Schilling*. Die pathogenen Protozoen und die durch sie verursachten Krankheiten. Zugleich eine Einführung in die allgemeine Protozoenkunde. Ein Lehrbuch für Mediziner und Zoologen. Verlag J. Springer, Berlin 1917. Preis brosch. M. 22.—, geb. M. 24.—.

Das Buch wird um so willkommener sein, als wir bisher nur auf die großen Handbücher (Doflein, Prowazek) angewiesen waren, wenn wir uns nicht mit den lückenhaften Kapiteln in den Lehrbüchern der Bakteriologie oder der tierischen Parasiten begnügen wollten. Für die meisterhafte Bearbeitung des schwierigen Stoffes — allein schon die Nomenklatur bedürfte eines philologischen Führers — bürgen die bewährten Autoren. In künftiger Auflage wird es vielleicht auch möglich sein, das Kapitel der Technik der Protozoenuntersuchung etwas weiter auszuführen. Bemerkungen über Protozoenkulturen fehlen gänzlich. Bei den Spirochäten vermissen wir die Meyrowskischen Befunde. Die Ausstattung ist, wie bei allen Werken des Verlags, ganz hervorragend.

Walther Pick (Wien).

Pinkus, Prof. Dr. Felix. Die Einwirkung von Krankheiten auf das Kopfhaar des Menschen. Verlag S. Karger, Berlin 1917.

Pinkus, dem wir schon zahlreiche grundlegende Arbeiten über Physiologie und Pathologie des Haares verdanken, faßt in dem vorliegenden Buche seine bisherigen Erfahrungen zusammen. Ausgehend von der normalen Form des Kopfhaares, den Vorgängen beim Haarwechsel und dem in mühevollen Untersuchungen berechneten mittleren täglichen Wachstum (0·4 *mm*), werden Hyper- und Hypotrichosis, die Spindel-, Ringel- und Bajonetthaare besprochen. Das Haar bietet als Gebilde von viel längerer Lebensdauer ein noch günstigeres Objekt zur retrospektiven Anamnese als die Nägel. In zahlreichen Beispielen werden die Einflüsse lokaler und allgemeiner Schädlichkeiten auf das Haar vorgeführt. Das Buch regt unbedingt dazu an, die interessanten Beobachtungen des Autors zu verfolgen und auszubauen. Walther Pick (Wien).



Erstes Jahrbuch des Kriegsspitals der Geldinstitute in Budapest. Verlag J. Springer, Berlin 1917. Preis geb. M. 28.—.

Der luxuriös ausgestattete, durchaus nicht nach Papiernot anmutende Band enthält, neben einer Schilderung der Einrichtung des Spitals und statistischen Daten, Beiträge zur Kriegsheilkunde aus dem Gebiete der Kriegschirurgie und der inneren Medizin. Guszman erörtert die Frage der Bekämpfung der venerischen Krankheiten. Seine statistischen Daten stimmen im großen Ganzen mit den von anderen Seiten im Kriege publizierten überein. Er verlangt bei der Abrüstung eine obligatorische klinische Untersuchung aller zu Entlassender, glaubt aber, daß man von einer serologischen Untersuchung absehen könne.

Walther Pick (Wien).

Lieske. Das Problem krimineller Bekämpfung der Ansteckung mit Geschlechtsleiden. — Würzburger Abhandlungen. Bd. XVII. H. 3. Verlag C. Kabitzsch, Würzburg 1917. Preis M. 1.—.

Lieske analysiert die gegenwärtig bezüglich der Verbreitung von Geschlechtskrankheiten geltenden Strafrechtsbestimmungen und deren Reform und kommt zu dem Schlusse, daß „hier das Strafgesetz in der Tat als stumpfe Waffe gelten muß". Besserung des Prostitutionswesens, Zwangsbehandlung, Gesundheitsämter, Beschränkung des Kurpfuschertums, vor allem Bekämpfung des auf diesem Gebiete noch immer herrschenden Pharisäertums würden der Verbreitung der Geschlechtskrankheiten wirksamer entgegentreten. — Leider erschwert der stellenweise bis zur Unentwirrbarkeit verschlungene Satzbau die Lektüre der sehr bemerkenswerten Schrift. Walther Pick (Wien).

Kromayer. Repetitorium der Haut- und Geschlechtskrankheiten für Studierende und Ärzte. 6. verbesserte Auflage. G. Fischer, Jena 1917. Preis M. 3.80.

Bereits die 2. Neuauflage während des Krieges. Das zeigt, daß die große Zahl jener, die das Bedürfnis haben, Erinnerungsbilder aufzufrischen, um den vorkommenden Fällen nicht ganz hilflos gegenüber zu stehen, hier das finden, was sie suchen. Auch den Studenten kann man als Ergänzung der Vorlesungen kein besseres Buch empfehlen.

Walther Pick (Wien).

Hoffmann, E. Die Behandlung der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Verlag Marcus & Weber, Bonn 1917. Preis geh. M. 3.60, geb. M. 5.—.

Separatabdruck aus: „Die Therapie an den Bonner Universitätskliniken." Walther Pick (Wien).

Pöhlmann. Die Technik der Wassermannschen Reaktion. Verlag Müller & Steinicke, München 1917. Preis M. 1.25.

Das kleine Büchlein enthält in sehr übersichtlicher Weise alles Wissenswerte über die Technik der Wassermannreaktion. Es wird dem Praktiker, der sich über die Methode orientieren will, ausgezeichnete Dienste leisten. Walther Pick (Wien).



Kafka. Taschenbuch der praktischen Untersuchungsmethoden der Körperflüssigkeiten bei Nerven- und Geisteskrankheiten. Verlag J. Springer, Berlin 1917. Preis M. 5.40.

Das von Weygandt eingeleitete Buch Kafkas wendet sich zwar in erster Linie an die Neurologen und Psychiater, ist aber, bei der innigen Beziehung dieser Gebiete zur Syphilidologie auch für den Dermatologen von Wert. Es enthält die Resultate langjähriger praktischer Erfahrung, die K. als Leiter des serologischen Laboratoriums der Hamburger Staatsirrenanstalt sammeln konnte und bringt dieselben in übersichtlicher Weise und klar dargestellt, so daß auch der Laie auf diesem Gebiete sich leicht zu orientieren vermag. Walther Pick (Wien).

Jessner. Furunkulosis und andere kokkogene Hautleiden. (Dermatologische Vorträge für Praktiker. Heft 18.) Verlag C. Kabitzsch, Würzburg 1918. Preis M. 2.40.

Die allgemein bekannten und beliebten Jessnerschen Vorträge, welche die reiche Erfahrung eines hervorragenden Praktikers wiedergeben, bedürfen wohl kaum weiterer Empfehlung.

Walther Pick (Wien).

Varia.

Deutsche Dermatologische Gesellschaft. Am 26. März 1918 fand in Berlin eine außerordentliche Sitzung des Ausschusses statt. In dieser wurden folgende, für die Mitglieder der Gesellschaft wichtige Beschlüsse gefaßt:

1. Es wird beschlossen, von der Wahl eines Generalsekretärs für jetzt abzusehen und die Neubestallung des Vorstandes statutengemäß bis zur Wiedererneuerung des Ausschusses bei der nächsten allgemeinen Versammlung zu verschieben.
2. Im Anschluß an den Kassenbericht wird beschlossen, während des Krieges auch weiterhin die Mitgliederbeiträge nicht einzuziehen.
3. Von einer allgemeinen Versammlung während des Krieges soll zunächst jedenfalls abgesehen werden.
4. Die Bestrebungen der deutschen Universitätslehrer, bei den zuständigen Behörden des Reiches und der Einzelstaaten volle Prüfung in Dermatologie, Ausbau der dermatologischen Kliniken etc. zu erreichen, sollen von der D. D. G. energisch unterstützt werden.

Der **Bundesrat des Deutschen Reiches** hat beschlossen, daß vom 1. Oktober 1918 ab jeder Staatsexaminand vom Fachvertreter in Haut- und Geschlechtskrankheiten in einem besonderen eintägigen Termin in einem 4. Abschnitt der medizinischen Prüfung geprüft werden soll. Damit ist eine von den deutschen Dermatologen und speziell von den Universitätsvertretern seit langer Zeit immer wieder erhobene Forderung erfüllt, deren Berechtigung durch die Kriegserfahrungen besonders erwiesen worden ist.

Herr Dr. G. **Stümpke** schreibt uns: „Zu meiner Arbeit: „Zur Ätiologie des Pemphigus vulgaris“ in diesem Archiv (Band CXXIV, Heft 4)

teilt mir Herr Professor Herxheimer in Frankfurt a. M. mit, daß er bereits im Jahre 1896 in einer Arbeit über Pemphigus vegetans, die gleichfalls im Archiv erschien, in 4 Fällen eine „Primärblase“ beobachtet und schon damals diese Beobachtung für die infektiöse Ätiologie geltend gemacht habe.“

Wegen der fortgesetzten Angriffe gegen das **Salvarsan** und der Wichtigkeit der genauen Kenntnis aller Nebenwirkungen erscheint es wichtig, die Frage der Salvarsanschädigungen einer eingehenden statistischen Untersuchung zu unterziehen. Hierbei kommt es nicht so sehr darauf an, das vergangene Material zu sichten, da bekanntlich eine Reihe von heutzutage vermeidbaren Schädigungen durch mangelnde Kenntnis des Mittels, fehlerhafte Dosierung und nicht genügend ausgebildete Technik hervorgerufen worden sind, sondern vor allem das zukünftige Material zu erfassen. Das ist jedoch nur möglich, wenn die notwendige statistische Arbeit zentralisiert wird, da weder der einzelne Arzt, noch einzelne Kliniken oder Krankenhäuser dazu imstande sein dürften, hinreichend große und umfassende Zahlen, deren statistische Bearbeitung sich lohnt, zusammenzubringen.

Aus diesem Grunde hat der Allgemeine ärztliche Verein in Coeln eine Kommission zur Klärung dieser Frage gebildet, zu welcher die Deutsche Dermatologische Gesellschaft Herrn Prof. Hoffmann delegiert hat. Die Unterzeichneten bitten alle Kollegen, die an der Statistik mitarbeiten wollen, sich mit dem Allgemeinen ärztlichen Verein in Coeln. Rudolfplatz 3, in Verbindung zu setzen, von wo aus ihnen weiteres Material zugesandt werden wird.

Für die Kommission zum Studium der Salvarsanschädigungen.
Der Vorsitzende:
gez. Prof. Dr. Moritz.
Geh. Medizinalrat,
Direktor der 2. med. Klinik
der Akademie f. prakt. Medizin
in Coeln.

Für die Deutsche Dermatol. Gesellschaft:
gez. Prof. E. Hoffmann,
Direktor der Universitätsklinik
in Bonn.

Personalnachrichten. Zu **ordentlichen Professoren** wurden ernannt die außerordentlichen Professoren: E. Hoffmann (Bonn), Jesionek (Giessen), Lewandowsky (Basel), Šamberger (Prag), Veress (Preßburg).

Der **Professortitel** wurde verliehen: Altmann (Frankfurt a. M.), Sowade (Halle).

Ich bin nach Wien I, Plankengasse 6, zurückgekehrt.

W. Pick.



Begründet von H. Auspitz und F. J. Pick.

Referate.

Archiv
für
Dermatologie und Syphilis.

herausgegeben von

J. Jadassohn, Breslau und W. Pick, Wien.



CXXV. Band, 4. Heft.

Wien und Leipzig.
Wilhelm Braumüller,
Universitäts-Verlagsbuchhandlung (G. m. b. H.).
1919.

März 1919.



Inhalt:

Originalabhandlungen:

Sitzungsberichte:

Fachzeitschriften:

Varia:

Vom Archiv für Dermatologie und Syphilis erscheinen jährlich 2—3 Bände zum Preise von Mk. 40.— = K 48.—. Der Originalteil erscheint in zwangloser Folge, der Referatenteil allmonatlich in Heften von wechselndem Umfang. 72 Bogen bilden einen Band. Kostspielige Tafeln werden einem Bogen gleich berechnet. In allen Redaktionsangelegenheiten wolle man sich an Geheimrat Jadassohn (Breslau XVI, Maxstraße I) oder Privatdozent Dr. Walther Pick (Wien I., Plankengasse 6) wenden.

Die im Archiv erscheinenden Tafeln werden auch in losen Exemplaren für Projektionszwecke zum Preise von 10—20 Pf. pro Tafel im Abonnement abgegeben. Bestellungen durch die Verlagshandlung Wilhelm Braumüller, Wien IX/1, Servitengasse 5.



Archiv für Dermatologie u. Syphilis. Berichtteil.
Bd. CXXV. Heft 4.

Über die tuberkuloiden Gewebsstrukturen der Haut.[1]

Von Prof. Dr. **J. Kyrle.**

Nicht ohne Grund werden Tuberkulose, Syphilis und Lepra vielfach als Schwesterkrankheiten bezeichnet. Ihre Äußerungen auf der Haut, der chronische Verlauf mit Ruhepausen und Nachschüben und manches andere verleihen den ätiologisch so verschiedenen Krankheitsbildern gelegentlich tatsächlich solche klinische Ähnlichkeit, daß selbst dem in der Diagnose Geübten Schwierigkeiten beim Entscheid der Frage, welcher der Prozesse vorliege, erwachsen können. Diese Tatsache ist jedem Dermatologen bekannt; sie kommt praktisch hauptsächlich bezüglich Tuberkulose und Syphilis in Betracht.

Sind demnach die Grenzen einer absolut verläßlichen klinischen Diagnose in Fällen mit nur irgendwie zweifelhaftem oder vom Typischen abweichendem Exterieur oft recht enge gezogen — Lewandowsky[2]) formuliert dies beispielsweise bezüglich der Tuberkulose in dem Satz: Es gibt keinen klinischen Beweis für die tuberkulöse Natur einer fraglichen Hautkrankheit — so gilt leider ganz dasselbe auch hinsichtlich der anatomisch-histologischen Veränderungen. Die seinerzeit allgemein, insbesondere von Baumgarten und seiner Schule vertretene Ansicht von der spezifischen Natur gewisser histologischer Bilder für Tuberkulose (epitheloide Zellen, Riesenzellen, Verkäsung u. dgl. m.) hat sich bei weiterer Forschung und Beobachtung als unhaltbar herausgestellt. Heute wissen wir, daß luetische und lepröse Erscheinungen nebst einer Reihe anderer infektiöser Granulome ganz dieselbe histologische Struktur darbieten können, wie wir sie bei Tuberkulose vorfinden (Jadassohn u. a., in letzter Zeit Königstein, E. Hoffmann); und in der Regel verraten gerade

[1]) Referat, erstattet in der Sitzung der Wiener dermatologischen Gesellschaft vom 20./II. 1918.

[2]) Die Tuberkulose, Verlag von J. Springer, 1916.



jene Erscheinungsformen, die klinisch der Tuberkulose ähnlich sehen, in anatomisch-histologischer Hinsicht einen Bau, der mit dem bei echter Tuberkulose bis ins Detail übereinstimmen kann. Nicht nur alle Zellelemente, wie wir sie bei Tuberkulose kennen, einschließlich der Langhansschen Riesenzellen erscheinen unter solchen Umständen produziert, auch die Gruppierung der Zellen kann ganz nach Art des tuberkulösen Granuloms ausgebildet sein. Man braucht nur an das Beispiel des Lichen syphiliticus und Lichen scrophulosorum zu erinnern oder an das des Lupus syphiliticus und Lupus vulgaris, um die erwähnte Tatsache im vollen Ausmaße gegenwärtig zu haben. Da es also, wie Lewandowsky ganz richtig bemerkt, keine für Tuberkulose allein spezifischen Zellelemente und Gewebsreaktionen gibt, haben wir in der histologischen Untersuchung klinisch zweifelhafter Hauteffloreszenzen nicht mehr jenes unterstützende Hilfsmittel, auf das früher so großer Wert gelegt worden ist. Diese Erkenntnis ist heute fast überall durchgedrungen, Äußerungen im gegenteiligen Sinne werden immer seltener, und verraten, wenn sie noch laut werden, wohl in der Regel geringe Erfahrung oder ungenügendes Eingedrungensein in die Materie.

Diese Wandlung in den Ansichten, insbesondere die Aufgabe des so lange, bis in die letzten Jahre vertretenen Standpunktes von der Suprematie des anatomisch-mikroskopischen Befundes in diesen Fragen konnte sich naturgemäß nur langsam durchringen, vor allem da ja damit gewisse, bisher als fundamental geltende Vorstellungen ins Wanken kamen, so z. B. die Lehre von dem Gebundensein spezifischer Gewebsläsionen an ein bestimmtes infektiöses Agens. Man vertrat doch allgemein die Ansicht, daß für die Art der Krankheitserscheinung, für die Intensität ihres Auftretens u. dgl. vor allem die Gattung des Virus, die Virulenz desselben und ähnliches mehr ausschlaggebend seien, der Organismus mit seiner Reaktionsfähigkeit, insoweit man dieselbe überhaupt in Betracht zog, erst in zweiter Linie von Bedeutung wäre — jedes Virus erzeuge bis zu einem gewissen Grad bestimmte, spezifische Gewebsveränderungen. Daß nun Syphilis und Tuberkulose bei dem Verschiedenartigen des Virus oftmals ganz übereinstimmende anatomische Läsionen veranlassen sollten, stand damit im Widerspruch und es ist durchaus nicht zu wundern, wenn zur Erklärung der schon seit langem bekannten Tatsache der klinischen und histologischen Identität gewisser Erscheinungsformen beider Krankheiten immer wieder auf die Annahme einer Mischinfektion rekurriert wurde, bei

welcher der Tuberkulose das Prävalierende über die Syphilis und das Bestimmende für den anatomischen Bau der Gewebsschädigung zugeschrieben wurde. Der schwachen Fundierung solcher Erklärungsversuche war man sich ja eigentlich stets bewußt, aber bei dem Mangel anderer sicherer Handhaben zur Erklärung der Frage hat man immer wieder hierauf zurückgegriffen.

Ein klareres Erkennen des Tatsächlichen und damit ein Umschwung in der Lehre von den ursächlichen Veranlassungen für die Produktion gewisser, gleichartiger Gewebsveränderungen bei ätiologisch differenten Prozessen ist erst dadurch möglich geworden, daß man in die Immunitätsverhältnisse der Haut, gerade bei der Tuberkuloseinfektion besseren Einblick gewann, überhaupt mit den biologischen Reaktionsformen des Hautorgans bei verschiedenen Krankheitszuständen vertrauter wurde, oder mit anderen Worten, daß man vom rein bakteriologischen Standpunkt, nur auf das Virus komme es bezüglich der Qualität der Gewebsläsion an, mehr und mehr abrückte, dafür aber der jeweiligen Reaktionsfähigkeit des Organismus auf den erlittenen Insult erhöhte Aufmerksamkeit zuwendete und damit die Bedeutung dieses Faktors richtig einschätzen lernte. Individuelle Disposition und Qualität der Reaktionsfähigkeit des Organismus im Sinne von Abwehr gegen irgendeinen Infekt sind der heutigen Auffassung nach die wohl bestimmenderen Faktoren für die Art der Gewebsläsion, als etwa Zahl und Gattung der Erreger. Im besonderen gilt dies für eine Reihe chronisch verlaufender Infektionskrankheiten — Tuberkulose und Syphilis stellen diesbezüglich die besten Repräsentanten.

Wenn man überlegt, wieweit die Erreger dieser beiden Erkrankungen im bakteriologischen System auseinander sind und weiters noch die Tatsache festhält, daß andere chronisch verlaufende Prozesse, wie beispielsweise Sporotrichose, Blastomykose, Leishmaniose (Aleppo-Beule) und dgl. m.) mit ebenso differentem Virus gleichartige anatomische Läsionen zu setzen vermögen, wie wir sie bei der Tuberkulose und Syphilis antreffen, so müßte man zur Vorstellung gedrängt werden, daß in all den Fällen nicht nur Zahl und Virulenzgrad der Erreger gleichgültig sind für die Qualität, in der die Hautmanifestationen zur Entwicklung kommen, sondern daß selbst die Art des Erregers nichts absolut Bestimmendes nach der Richtung in sich birgt. Die Hauptursache für die auffällige Erscheinung der übereinstimmenden Gewebsveränderung bei so ver-

schiedenen Noxen kann dann aber nur in einer eigenartigen Reaktionsfähigkeit der Haut gelegen sein. In ihr wäre demnach das ausschlaggebende Moment dafür zu erblicken, daß Krankheitsmanifestationen auf der Haut, trotzdem sie ganz verschiedener Ursache sind, in gleichem Gewande aufzutreten vermögen.

Jadassohn,[1]) dem wir gerade in der Erkenntnis dieser Verhältnisse große Förderung verdanken, bekennt sich im Grunde genommen zu dieser Ansicht, wenn er sie auch in etwas umschriebener Form zum Ausdruck bringt. Der Umstand, daß Granulome von der Art, wie sie hier in Rede stehen (Tuberkulose, Syphilis und Lepra) gelegentlich ein übereinstimmendes positives Verhalten gegen Tuberkulin erkennen lassen, bestimmte ihn, die Tuberkulinreaktion als „Gruppenreaktion" zu bezeichnen, in deren „Streuungskegel" all diese ätiologisch differenten Prozesse hineinfallen können. Bei weiterer Überlegung führt nun aber diese Annahme Jadassohns zu folgendem: da diese übereinstimmende biologische Reaktion an die erwähnten Besonderheiten in der histologischen Struktur der Granulome geknüpft ist, d. h. es geben überhaupt nur die „tuberkuloiden" Erscheinungsformen der Syphilis, Lepra gelegentlich — durchaus nicht immer — eine solche Reaktion (Jadassohn, Mucha), so ist das Erste und Wichtigste, damit es zu dieser Gruppenreaktion kommen kann, daß die Haut auf den betreffenden Insult in der bestimmten Form, nennen wir sie die „tuberkuloide Form" reagiert. Die Tuberkulinreaktion könnte man demnach in diesen Fällen eigentlich geradezu als Indikator für diese eigenartige Reaktionsfähigkeit der Haut bezeichnen, denn sie führt überhaupt nur deshalb zu einem positiven Lokalausschlag im Bereiche des Granuloms, weil infolge des besonderen Reaktionszustandes des Integumentes die Gewebsläsion in der „tuberkuloiden" Form zustande kommen konnte.

Diese eigenartige Reaktionsfähigkeit der Haut steht der gangbaren Vorstellung nach unter dem Einfluß verschiedener Kräfte; hauptsächlich sind es zwei, die den Endeffekt zu bestimmen vermögen; eine, die, wenn wir so sagen wollen, der Mensch mit auf die Welt bringt: individuelle Disposition, während die zweite, im Laufe des Lebens erworben und vielfachen Schwankungen unterworfen, durch Immunitäts- und Überempfindlichkeitszustände gegenüber dem jeweiligen Virus gegeben erscheint. Welcher von beiden Kräften die größere Bedeutung zukommt, wird verschieden beurteilt; auch jene, die dem zweiten Faktor die Hauptrolle beimessen, können natürlich den ersten beim Erklärundsversuch nicht vollständig missen; das versteht sich von selbst, da es ja ohne ihn ein Vorwärtskommen in der Erkenntnis dieses Problems überhaupt nicht gibt. Meiner Ansicht nach wird aber die Bedeutung der individuellen Veranlagung im allgemeinen zu wenig betont.

Zunächst will ich eine Krankengeschichte anführen. die in besonders prägnanter Weise darzutun vermag, wie

[1]) Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. CXIII. pag. 279—402.

Syphilis und Tuberkulose bei denselben Individuen klinisch und histologisch absolut gleichartige Erscheinungen hervorrufen können.

Am 30./IX. 1916 wurde die 30jährige J. D. wegen ausgedehnter papulo-nekrotischer Tuberkulide in die Klinik aufgenommen. Die Streckseiten der oberen, sowie Beuge- und Streckseiten der unteren Extremitäten waren von überaus zahlreichen, in allen Entwicklungsstadien, wie wir sie für Tuberkulide als charakteristisch kennen, befindlichen Effloreszenzen besetzt. Neben frischen roten, follikulär und perifollikulär sitzenden, ziemlich derben Knötchen finden sich solche, die an der Kuppe schon die festhaftende Kruste tragen, deren Farbenton vielfach ein wenig livider erscheint, daneben wieder zeigen andere deutlich zentrale Nekrose und endlich sind auch reichlich deprimierte Närbchen, zum Teil schmutzig livid verfärbt, zum Teil bereits abgeblaßt, anzutreffen. An der Haut des Rückens und der Glutaealgegend sitzen gleichfalls einzelne Narben als Residuen solcher Effloreszenzen.

Die Pat. ist im ganzen kräftig gebaut, sie gibt an, daß der Prozeß seit Monaten dauert und hinsichtlich Intensität recht bedeutenden Schwankungen unterliegt.

Wassermann-Reaktion negativ.

Auf wiederholt verabreichte Tuberkulininjektionen zeigte das Exanthem deutliche Lokalreaktion, auch Allgemeinreaktion stellt sich jedesmal ein (Temp. bis 38·5°). Im Anschlusse an eine Tuberkulinisierung trat ein außerordentlich reichlicher Lichen scrophulosorum im Bereiche des Stammes und beider Hüften in Erscheinung.

Am 30./XII. 1916 wurde Pat., nachdem sie ihre Tuberkulinkur absolviert hatte, fast völlig frei von Erscheinungen entlassen.

Am 30./V. 1917 ersuchte J. D. neuerlich um Aufnahme in die Klinik, da seit ca. 3 Wochen ein „starkes Rezidiv“ aufgetreten sei. Bei der Pat. findet sich diesmal ein noch reichlicheres Exanthem als das erstemal, ausgebreitet über Stamm, Rücken, Streckseiten der oberen und unteren Extremitäten mit Aggravierung an beiden Handrücken und in der Glutaealgegend. Einzelne Effloreszenzen sitzen an der Stirne und am Halse. Der Charakter der Effloreszenzen ist durchaus der gleiche wie bei der ersten Aufnahme: Akut entzündliche, akneiforme Knötchen von verschiedener Größe, ihre Kuppe teilweise in Pusteln umgewandelt, zum Teil mit festhaftenden Krusten bedeckt. Die Tendenz zur zentralen Nekrose ist an allen Effloreszenzen deutlich ausgeprägt. Zwischen den frischen Knötchen finden sich im Bereich der Extremitäten die vielen weißlichen Narben von der früheren Erkrankung her.

Am ersten Blick mußte man tatsächlich den Eindruck gewinnen, daß ein schweres Rezidiv von papulo-nekrotischen Tuberkuliden vorliege. Die Anamnese der Kranken war für diese prima vista Diagnose gewiß nicht ohne Einfluß.

Bei eingehender Untersuchung zeigt Pat. eine, wenn auch mäßig entwickelte Skleradenitis inguinalis beiderseits, und an den großen und kleinen Labien zerfallende papulöse Effloreszenzen.

Die Wassermannsche Reaktion war komplett positiv.

Damit mußten bezüglich der Auffassung, daß wir es hier mit einem Tuberkulid-Rezidiv zu tun hätten, Zweifel entstehen und dies um so mehr, da ja bei eingehenderer Betrachtung des Exanthems doch gewisse Differenzen in der Farbe, in der Größe und Polymorphie der Effloreszenzen vor allem auch in der Konsistenz der Infiltrate festzustellen waren. Das Exanthem war luetischer Natur und zwar vom akneiformen, papulokrustösen Typus.



Tuberkulininjektionen, in derselben Höhe wie das erste Mal verabreicht, erzielten diesmal gleichfalls Allgemein-, aber keine Lokalreaktion. Auch keine Beeinflussung des Exanthems im Sinne der Rückbildung war festzustellen.

Am 14./VI. wurde mit einer energischen antiluetischen Kur begonnen. Am 13./VIII. war das ganze Exanthem abgeheilt, die Wassermannsche Reaktion negativ geworden.

Fassen wir das Wesentliche des Falles zusammen, so zeigt sich, daß bei einer Patientin, die wegen papulonekrotischer Tuberkulide seinerzeit in unserer Behandlung gestanden war, im Anschlusse an eine luetische Infektion Erscheinungen auf der Haut manifest wurden, die in morphologischer Hinsicht den Tuberkuliden völlig gleich gewesen sind; es kam zur Entwicklung eines akneiformen, papulokrustösen Exanthems, eines, wenn wir so sagen wollen, papulo-nekrotischen Syphilids. Kochsche Bazillen und Spirochaeten vermochten demnach hier, in die Haut eingedrungen, gleichartige Gewebsläsionen zu erzeugen und zwar nicht nur dem klinischen Aussehen nach, sondern auch der anatomischen Struktur nach, wie ich aus der Gegenüberstellung der jedesmal exzidierten Effloreszenzen entnehmen konnte. Es war nicht möglich irgend einen wesentlichen Unterschied in den Präparaten festzustellen; dort wie da finden sich der Hauptsache nach akut entzündliche Veränderungen mit Nekrose, und abschnittweise tuberkuloide Struktur mit einzelnen Riesenzellen.

Daß wir es das zweite Mal tatsächlich mit Lues zu tun hatten, kann, wie ich glaube, kaum zweifelhaft sein. Die Wassermannsche Reaktion war jetzt im Gegensatze zur ersten Erkrankung positiv, neben den Erscheinungen an der Haut fanden sich Papeln am Genitale, das Exanthem selbst war in der Verteilung (Effloreszenzen im Gesicht und reichlich am Stamme) und in der Art der Effloreszenzen doch nicht ganz so, wie wir es bei Tuberkuliden gewohnt sind und zeigte prompte Beeinflussung durch antiluetische Therapie.

Der Fall muß uns hier deshalb besonders interessieren, weil wir aus ihm in selten überzeugender Weise entnehmen können, wie die Eigenart des Bodens die Form bestimmt, unter welcher Hauterkrankungen aufzutreten vermögen. In dem Sinne wenigstens möchte ich die Verhältnisse deuten. Daß bei unserer Kranken die sekundär luetischen Erscheinungen nicht unter dem Bilde eines gewöhnlichen makulösen oder papulösen Exanthems aufgetreten sind, sondern gerade in der Form, unter welcher seinerzeit auch der tuberkulöse Infekt der Haut abgelaufen ist, nämlich unter Ausbildung von Infiltraten, die zur zen-

tralen Nekrose tendieren, kann meines Erachtens einzig und allein nur mit der Annahme einer besonderen Reaktionsfähigkeit erklärt werden, in der sich die Haut der Patientin befunden hat. Aus welchen Teilfaktoren dieser eigenartige Zustand der Haut resultiert, inwieweit vor allem ein durch die Tuberkulose bedingtes allergisches Verhalten des Integuments auch gegenüber der Spirochaeten-Entwicklung von Bedeutung und Einfluß gewesen sein mag, soll unerörtert bleiben. Jedenfalls geht aus der Beobachtung mit Sicherheit hervor, daß nicht so sehr die Art des Virus, sondern die Art des Bodens, auf welchen das Virus kommt, ausschlaggebend dafür erscheinen muß, in welcher Form Hautläsionen bei derartiger Infektion auftreten.

Wenn wir uns zunächst einmal fragen, was wir aus den Lehren der Immunitäts- und Überempfindlichkeitsverhältnisse der Haut zur Erklärung der Tatsache des gleichen histologischen Baues ätiologisch verschiedenartiger Erkrankungen überhaupt heranziehen können, so sehen wir, daß als Basis hiefür der Hauptsache nach nur die Verhältnisse bei der Tuberkulose-Infektion (Tuberkulinüberempfindlichkeit etc.), die ja am genauesten studiert und gekannt sind, benützt werden können. Bei der vielfachen Ähnlichkeit des klinischen Verlaufes und der Erscheinungsformen der drei Erkrankungen werden die dort geltenden Gesetze per analogiam auf Syphilis und Lepra übertragen.

Die Differenzen in den klinischen Äußerungen der Hauttuberkulose, wie sie besonders in der großen Gruppe der Tuberkulide zutage treten, werden bekanntlich aus dem verschiedenen allergischen Zustand der Haut und dem damit im engen Zusammenhang stehenden, verschiedenen Abbauvermögen des Gewebes gegenüber der Bazilleninvasion erklärt (Jadassohn, Lewandowsky).[1] Unter Heranziehung der Ergebnisse tierexperimenteller Studien werden die verschiedenen Phasen der Gewebsläsion, die durch verschiedene histologische Struktur ausgedrückt erscheinen, in letzter Linie auf das rasche oder langsame Unschädlichmachen und Eliminieren der Erreger am Orte der Invasion bezogen. Lewandowsky bezeichnet die Art, in der dies vor sich geht, geradezu als biologisches Gesetz, das nicht nur für die Tuberkulose Geltung hat, sondern für alle analogen Prozesse in Betracht kommt. Nach ihm antwortet der Organismus überall dort, wo Bazillen im Körper eine schrankenlose Vermehrung erfahren, mit banalen Entzündungsprodukten; „wo Bakterien

[1]) l. c. pag. 55.

unter der Einwirkung von Antikörpern langsam zerfallen, wo Bakterieneiweiß durch ihre Tätigkeit abgebaut wird, da entstehen Tuberkel und tuberkuloide Strukturen". Der jeweilige allergische Zustand der Haut — Allergie dabei im Sinne Pirquets möglichst weit gefaßt — vermag den Effekt dieses biologischen Gesetzes wesentlich zu beeinflussen und damit zur Erhöhung der Reichhaltigkeit der klinischen und anatomisch-histologischen Bilder beizutragen.

Haben wir nun auch auf Grund der bazillären Hypothese nebst Heranziehung der entsprechenden Tatsachen aus dem Gebiete der Allergie und Immunität der Haut zweifellos nach mancher Richtung hin besseren Einblick in das Wesen der Hauttuberkulose, insbesondere bezüglich der Variabilität ihrer Erscheinungsformen gewinnen können, so ist damit noch keineswegs alles, was uns in diesem Fragenkomplex interessiert, zu erklären möglich. Es bleibt noch immer, wie Jadassohn richtig bemerkt, eine ganze Anzahl von Rätseln übrig. So ist damit beispielsweise keineswegs zu entscheiden, warum unter offensichtlich ganz gleicher Bedingung (präexistente tuberkulöse Infektion, Bazilleneinschwemmung in die Haut, bestimmter allergischer Zustand derselben etc.) nur bestimmte Menschen Tuberkulide bekommen, oder ziehen wir analoge Verhältnisse bei der Syphilis in Betracht, warum entstehen auf Invasion des quantitativ und qualitativ gleichen Virus in die Haut in der größten Zahl der Fälle makulöse Exantheme und nur selten zerfallende Formen? Zur Erklärung hiefür auf die Annahme einer schon im gesunden Organismus präexistenten, individuell allerdings verschieden entwickelten Menge von Antikörpern zu rekurrieren oder individuelle Schwankungen in der Bildungsfähigkeit der Gegenkörper anzunehmen, vermag uns in der Erkenntnis nicht vorwärts zu bringen, da ja schließlich alle diesbezüglichen Suppositionen unbekannte Faktoren darstellen; derartige Erklärungsversuche sind eigentlich, wie Jadassohn mit vollem Rechte betont, nichts anderes als Umschreibung des alten, wenn auch vagen Begriffes individuelle Disposition. Wir kommen eben ohne denselben dermalen nicht aus, sind andererseits aber auch nicht in der Lage, irgendwie näher festzustellen, auf welchen Einzelnheiten dieselbe begründet ist. Allergie und Immunität, sie mögen auf dem Umwege der Beeinflussung des Virus auch noch so bestimmenden Einfluß auf die Form ausüben, unter der Gewebsläsionen im Anschlusse an einen Infekt auftreten, sie können uns nur von sekundärer Bedeutung erscheinen, denn schließlich ist auch ihre Qualität



in letzter Linie von der individuellen Veranlagung abhängig. Wird die Haut zweier Individuen auch von quantitativ und qualitativ völlig gleichem Infektionsmaterial getroffen, so braucht deshalb bekanntlich durchaus nicht der gleiche Immunitätszustand und dieselbe Allergie aufzutreten, die Eigenart des Bodens bestimmt den Endeffekt, d. h. aber mit anderen Worten, individuelle Disposition ist das Primäre und Ausschlaggebende, alle anderen Faktoren sind von ihr abhängig.

Gelingt es also bei der Tuberkulose schon nicht, ohne Heranziehung des Begriffes „Eigenart des Individuums" in der Erklärung der verschiedenen Fragen völlig befriedigend vorwärts zu kommen, so ist dies bezüglich Syphilis und Lepra, wo wir viel weniger positive Tatsachen hinsichtlich Immunität und Allergie kennen, noch im erhöhten Maße der Fall. Wenn Jadassohn auf Grund von Analogien mit den Verhältnissen bei der Tuberkulose die Roseola der Syphilis beispielsweise „als eine durch die vom Primäraffekt ausgegangenen Immunisierungsvorgänge bedingte allergische Reaktion" erklärt und die verschiedenen Phasen des syphilitischen Prozesses (papulös, gummös, latent) auf einen Wechsel in der „Umstimmung" bezieht, begibt er sich damit auf das Gebiet der Hypothese — irgendwelch sichere Beweise für eine solche Annahme liegen bisher nicht vor; und wenn auch die Auffassung Jadassohns zutreffen sollte, so sind damit durchaus nicht all die komplizierten Fragen, die gerade bei der Syphilis vorliegen, restlos zu erklären. Wir kommen hier noch weniger als bei der Tuberkulose um den Begriff der individuellen Disposition herum.

Es sei hier nur auf einen Punkt hingewiesen, aus dem wir recht deutlich ersehen können, daß das, was bezüglich des allergischen Verhaltens der Haut, hauptsächlich auf Grund von Studien bei Tuberkulose oder Trichophytie als Gesetz gilt, nicht ohneweiters auf die Verhältnisse bei Syphilis übertragen werden kann. Bekanntlich bleibt die Fähigkeit der Haut, allergisch zu reagieren, längere Zeit bestehen; bei Trichophytie beispielsweise kann die erste Infektion, die den allergischen Zustand bedingt hat, Jahre, ja Jahrzehnte lang vorüber sein, und noch kann man durch kutane oder subkutane Injektion mit Trichophytin den Nachweis des Überempfindlichkeitszustandes der Haut erbringen (Bloch). Bei Tuberkulose liegen die Verhältnisse nicht viel anders. Bei diesen Prozessen ist also der Haut ein durch lange Zeit haften bleibendes Stigma aufgedrückt worden, das vom weiteren Bestehen der Erkrankung völlig unabhängig erscheint. Der Boden ist hier durch den seinerzeitigen Infekt im wahren Sinne des Wortes „umgestimmt", und kann, trotzdem die veranlassende Ursache lange ausgeschaltet ist, nicht mehr in den Ausgangszustand zurückkehren. In diesem Persistieren oft für lange Zeit über den Abheilungstermin des Infektes hinaus liegt ein integrierendes Moment dessen, was wir als allergischen Zustand der Haut bezeichnen. Schließlich beruht hierauf ja zum größten Teil die lang anhaltende relative oder absolute Immunität



gegen eine neuerliche, gleichartige Infektion. Bei relativer Immunität ist die verkürzte Inkubationszeit im Anschlusse an die zweite Infektion, und der unter diesen Umtänden überhaupt verkürzte Ablauf des Krankheitsprozesses nur auf den allergischen Zustand zu beziehen. Allergie und Immunität stehen eben in inniger Wechselbeziehung.

Betrachten wir nun die Verhältnisse bei der Syphilis, insbesondere unter Umständen, wo die Erkrankung ausgeheilt ist. Fälle der Art kommen seit der allgemein in Anwendung stehenden Salvarsanbehandlung ja vielmehr zur Beobachtung als früher; jedem Syphilidologen, der über ein großes Material verfügt, sind nicht nur Beobachtungen geläufig, wo die Infektion im primären Stadium bei negativer Wassermann-Reaktion abortiv zur Ausheilung kam, sondern wo auch im sekundären Stadium mit komplett positivem Serumbefund dasselbe Ergebnis erzielt werden konnte. Die zahlreichen Reinfektionen, über welche von allen Seiten berichtet wird, sind der beste Beweis für das häufige Gelingen der sterilisierenden Behandlung. Gerade diese Reinfektionen nach ausgeheilter Sekündärlues sind es, welche beweisen, daß die Gesetze der Allergie und Immunität, wie sie für die Trichophytie und Tuberkulose gelten, hier nicht im vollen Umfange in Anwendung gebracht werden können. Mit dem Erlöschen der Infektion, mit dem Zugrundegehen der letzten Spirochäte im Organismus schwindet bei Syphilis jeder Immunitäts- und allergische Zustand der Haut. Theoretisch genommen kann sich ein Individuum, bei dem heute Lues geheilt wurde, morgen neuerlich damit infizieren, und der Verlauf der Erkrankung kann qualitativ ganz so sein wie das erstemal. Von einem Persistieren der Immunität oder Allergie längere Zeit nach dem überstandenen Infekt ist bei Syphilis nichts bekannt. Relative Immunität und Umstimmung der Haut, die wir beim Syphilitiker kennen (schweres Haften neuerlich eingebrachten Virus; wenn Inokulation haftet, Ausbildung eines Affektes, der nicht dem Primärschanker gleicht, sondern dem Stadium entspricht, in dem sich die Erkrankung gerade befindet: im Sekundärstadium Entwicklung einer Impfpapel, bei Tertiarismus eines zum Zerfall neigenden, gummaähnlichen Infiltrates), sind an das Vorhandensein von Spirochäten im Körper geknüpft. Darin liegt nun aber doch ein ganz wesentlicher Unterschied gegenüber den Verhältnissen bei Trichophytie, Variola u. dgl., ein Unterschied, der mir so schwerwiegend erscheint, daß man hier gar nicht vom selben sprechen sollte.

Es gäbe in der Pathologie der Syphilis noch eine ganze Reihe anderer Tatsachen, an denen man demonstrieren könnte, daß die Gesetze der Allergie und Immunität, wie sie für die früher erwähnten Erkrankungen gelten, bezüglich der Syphilis eine wesentliche Einschränkung und Änderung erfahren müssen.

Was die Eigenart des Bodens bei Infektionen, wie sie hier in Rede stehen, für den Ablauf der Ereignisse bedeutet, erkennen wir eigentlich sehr gut aus den Ergebnissen der Tierexperimente.

Es gibt bekanntlich kein Versuchstier, an dem man die Verhältnisse der menschlichen Syphilis gesetzmäßig in absolut gleicher Weise zur Entwicklung bringen könnte. Die Syphilis des Makakus beispielsweise verläuft doch klinisch ganz anders als beim Menschen (Mangel eines reichlichen Exanthems, der Rezidiverscheinungen, Unmöglichkeit das Virus an jeder beliebigen Stelle zu inokulieren



u. dgl.), aber bei den einzelnen Tieren dieser Gattung jedesmal in ziemlich gleicher Weise. Quantität und Qualität des Infektionsmateriales vermögen diesbezüglich keine Änderung herbeizuführen. Wir erklären die Tatsache mit der Annahme einer natürlichen Resistenz des Tierorganismus gegen das Syphilisvirus; das Infektionsmaterial kann von Haus aus nicht in der gleichen Weise proliferieren wie beim Menschen, aber nicht deshalb, weil die Haut etwa über eine gewisse Menge präexistenter oder im Anschluß an die Einbringung des Virus entstandener Antikörper verfügt und sich in einem gewissen allergischen Zustand befindet, sondern weil das, was wir individuelle, der ganzen Spezies mehr oder weniger im gleichen Maße zukommende Disposition nennen, den Verlauf der Infektion bestimmt. Natürlich ist dieselbe von durchaus anderer Qualität als beim Menschen, aber darauf kommt es hier gar nicht an. Es soll uns dieses Beispiel ja nur zeigen, welche Bedeutung der individuellen Veranlagung in der Tierreihe zukommt und wie wir hier zur Erklärung auf irgendwie besondere Immunitätsverhältnisse gar nicht rekurrieren können, sondern uns mit der Tatsache, daß der angeborene Zustand das Ausschlaggebende ist, kurzerhand abfinden müssen. Beim Menschen liegen nun die Verhältnisse gewiß nicht so einfach, das Hautorgan nimmt in biologischer Hinsicht vor allem eine andere, qualifiziertere Stellung ein, damit sind sicherlich auch Änderungen in der Reaktionsfähigkeit bedingt u. dgl., Immunität und Allergie spielen gewiß eine Rolle, in bestimmten Grenzen aber wird die individuelle Disposition für die Spezies Mensch ebenso konstant und eigenartig sein, wie wir dies im Tierreich sehen und auch sie wird in letzter Linie den Ablauf einer Erkrankung an der Haut bestimmen. Sie ist es eben, die dem Boden in erster Linie seine Eigenart verleiht.

Betrachten wir nun die Frage der tuberkuloiden Strukturen von dem Standpunkt, der bisher eingenommen wurde, daß nämlich die individuelle Veranlagung einen sehr maßgebenden Faktor für den Charakter der Hautläsion darstellt, so zeigt sich, wie erörtert werden soll, daß damit manche Details, die aus den Immunitätsverhältnissen allein nicht erklärt werden können, durchaus verständlich werden.

Bekanntlich kommen „tuberkuloide" Gewebsveränderungen der Haut nicht nur im Anschluß an Infektionen verschiedener Art zustande, sondern gelegentlich auch auf rein mechanische Insulte hin. Das Paradigma hiefür stellt der Fremdkörpertuberkel vor. Gerade dem Dermatohistologen tritt derselbe relativ häufig und unter den ver-



schiedensten Bedingungen entgegen. Ich verweise nur ganz kurz auf die Tatsache, daß wir ihn nicht nur dann antreffen, wenn ein echtes Corpus alienum in die Kutis dauernd verlagert wird, sondern daß auch körpereigene Produkte unter entsprechenden Bedingungen solche Strukturen auslösen können. Als Beispiel hiefür sei an die mannigfachen Fälle erinnert, wo um epitheliale, in die Kutis durch irgendwelche Vorkommnisse abgesprengte Zellkomplexe, die prächtigsten Tuberkelbildungen gefunden werden. Mögen zwischen echter Tuberkulose, zwischen der tuberkuloiden Struktur bei Syphilis, Lepra und anderen infektiösen Prozessen und dem Fremdkörpergranulom mit epitheloiden und Riesenzellen auch noch so bestimmte histologische Unterschiede sein, an der Tatsache, daß in allen diesen Fällen prinzipiell die gleichen Gewebselemente produziert sind, mithin eine ganz analoge Gewebsreaktion stattgefunden haben muß, ist nicht zu zweifeln. Analysieren wir die Vorgänge bei der Fremdkörper-Tuberkelbildung,[1]) so zeigt sich, daß der ganze Prozeß als Abwehrreaktion des Organismus, bzw. des Integumentes anzusehen ist; die Entwicklung der spezifischen Zellelemente dient einerseits dazu soviel als möglich vom Fremdkörper abzubauen und unschädlich zu machen (Phagozytose etc.), und schließlich um ihn gewissermaßen einen Wall zu formen, der ihn von der gesunden Umgebung abschließt. Auslösendes Moment für die Produktion des Granuloms ist einzig und allein der Reiz, der vom Fremdkörper auf das angrenzende Gewebe ausgeübt wird, der zweite Hauptfaktor: die Fähigkeit der Haut in der bestimmten Form auf den Reiz zu reagieren. Irgend ein weiterer Umstand kommt kaum in Betracht, insbesondere spielen Immunität und allergischer Zustand der Haut hier bestimmt in keiner Weise eine Rolle.

Die Tatsache, daß solche Fremdkörpertuberkel nicht nur zufällig, sondern bei entsprechenden Voraussetzungen in der Regel auftreten, besagt, daß wir es hier mit einem biologischen Gesetz im vollen Sinne des Wortes zu tun haben, das wir in der Weise formulieren können, die Haut besitzt die Fähigkeit, auf eingedrungene Fremdkörper mit der Ausbildung eines „tuberkuloiden" Granuloms zu antworten; diese Fähigkeit ist keine erworbene, sondern eine ihr ex

[1]) Es wird im folgenden nur vom Fremdkörper Tuberkel der Haut gesprochen und außer acht gelassen, daß in anderen Geweben des Körpers ganz derselbe Vorgang zur Entwicklung kommen kann, daß wir es demnach mit einer allgemeinen biologischen Reaktion zu tun haben.

ovo zukommende; wir haben es zweifellos mit einer Äußerung zu tun, die unter den Begriff der Disposition fällt. Die Haut kann in solchen Fällen gar kein anderes Granulom hervorbringen, als das mit „tuberkuloider“ Struktur, mit anderen Worten, der Haut wohnt eben eine „tuberkuloide Reaktionsfähigkeit“ inne, die unter bestimmten Bedingungen jedesmal in Aktion tritt, und zu einem ganz spezifischen Endeffekt führt. Mögen auch in der Empfindlichkeit und in der Intensität der Reaktionsfähigkeit individuelle Schwankungen vorkommen, vielleicht liegt darin der Grund der gelegentlichen Differenzen im Aussehen von Fremdkörpergranulomen, jedenfalls muß man der Ansicht sein, daß es sich hiebei um eine der menschlichen Haut, dem Bindegewebe derselben charakteristische Eigenschaft handelt.

Als Analogon zu der „tuberkuloiden“ möchte ich hier auf die „keloide Reaktionsfähigkeit“ der Haut hinweisen, wenn auch gleich mit der Einschränkung, daß es sich hiebei meist um einen erst im Laufe des Lebens zur Entwicklung kommenden und nicht von der Geburt an im vollen Umfange bestehenden Zustand handelt. Wir haben es demnach mit einer erworbenen und nicht mit einer angeborenen Fähigkeit zu tun, wobei wir allerdings über die Ursache dieser plötzlichen Reaktions-Änderung durchaus unorientiert sind. Nach mancher Richtung besteht zwischen beiden Vorkommnissen große Ähnlichkeit. Fassen wir einen Fall ins Auge, wo die keloide Reaktionsfähigkeit der Haut recht intensiv entwickelt ist. Wir hatten erst unlängst Gelegenheit derartiges an der Klinik zu beobachten:

22jährige Patientin von kräftiger Konstitution, zeigt an der Brust eine große Zahl kleiner und größerer, zum Teil ineinander übergehender, strichförmiger Keloide (gewöhnlicher Typus); neben den strichförmigen, horizontal verlaufenden und zwischen sie ausgestreut finden sich viele knotenförmige Keloide verschiedener Größe entsprechend abgelaufenen Akneeffloreszenzen. Der Rücken der Patientin ist förmlich übersät mit solch knotenförmigen Narben, die ausnahmslos auf dem Boden von Akne-Pusteln zustandegekommen sind. Jede Akneeffloreszenz ist mit einem Keloid ausgeheilt. Am Oberarm links finden sich zwei ungefähr zehnhellerstückgroße Keloide, entsprechend den Revakzinationseffekten vor ca. einem Jahr. Bemerkenswert ist, daß unterhalb dieser, jetzt sehr deutlich hervortretenden Revakzinationsstelle die Narben nach der ersten Vakzination im Kindesalter der Pat. zu sehen sind ohne irgendwelcher Keloidentartung. Zur Zeit der ersten Vakzination hat also bei der Kranken noch kein derartiger Reaktionszustand der Haut bestanden.

Wir sehen in diesem Falle, und solche Beobachtungen sind ja wiederholt gemacht, daß die Haut auf einen irgendwie stärkeren Insult geradezu gesetzmäßig mit Keloidbildung antwortet. Die Qualität der Reize scheint dabei gar keine besondere Rolle zu spielen, nicht einmal die Intensität des-



selben, der augenblickliche Zustand der Haut ist es, dem die ausschlaggebende Bedeutung für das Zustandekommen dieses Phänomens zugeschrieben werden muß. Das Integument, welches die „keloide" Reaktionsfähigkeit besitzt, muß auf Insulte, von denen es getroffen wird, mit Bindegewebsproliferation im Übermaße reagieren. Natürlich handelt es sich hier um einen pathologischen Zustand, und darin liegt ja das Trennende gegenüber der „tuberkuloiden" Reaktionsfähigkeit. Aber das Eine kommt in beiden Fällen zum Ausdruck, daß die Haut auf Grund der den aufbauenden Bindegewebszellen innewohnenden eigenartigen Proliferationsfähigkeit nicht anders reagieren kann als in der bestimmten Form. Die Eigenart des Bodens bestimmt in beiden Fällen die Eigenart der Gewebsstruktur. Übrigens ist die keloide Reaktion ja nur eine exzessive Äußerung einer der Haut physiologischer Weise zukommenden Fähigkeit: der Granulationsgewebsbildung als Vorläuferin der Vernarbung. Und gerade beim Vernarbungsprozeß, der unabhängig von der Art der Läsion in jedem Falle entsprechender Schädigung des Gewebes auftritt, haben wir doch auch wieder ein Beispiel besonderer Veranlagung vor uns, wie sie dem Organismus ex ovo gegeben ist.

Die Betrachtung der Verhältnisse beim Fremdkörpertuberkel führt uns also dazu, an der Annahme einer eigenartigen Reaktionsfähigkeit der Haut, die wir „tuberkuloide" nennen wollen, festzuhalten und sie als Teilerscheinung dessen aufzufassen, was wir mit dem Begriff Disposition verbinden.

Wenn wir nun die infektiösen Granulome mit tuberkuloider Struktur ins Auge fassen, so zeigt sich, daß auch hier mit dieser Auffassung manches dem Verständnis näher gebracht werden kann.

Zunächst muß einmal festgestellt werden, daß alle jene Erreger, die in das Gewebe eingedrungen, Läsionen mit tuberkuloider Struktur zu erzeugen vermögen, nicht immer und nicht ausschließlich Derartiges hervorbringen. Es ist die tuberkuloide Struktur bei solchen Insulten durchaus nicht gesetzmäßig. Wir kennen die Umstände, unter denen sie zustande kommt, ziemlich genau; wir wissen zunächst einmal, daß dort, wo Bazillenmaterial reichlich in die Haut eindringt und schrankenlose Vermehrung erfährt, kurz sich ähnlich verhält, wie gewöhnliche Eitererreger, banales Entzündungsgewebe produziert wird (Jadassohn, Lewandowsky, Bloch). Dort aber, wo, wie Lewandowsky meint, „Bakterien unter Einwirkung von Antikörpern langsam zerfallen, wo Bakterieneiweiß durch ihre

Tätigkeit abgebaut wird, entstehen Tuberkel und tuberkuloide Strukturen".

Wir haben hier ferner die Tatsache zu verzeichnen, daß die tuberkuloide Struktur in der Regel ein banal entzündliches Vorstadium hat, dessen Entwicklungsgrad und Dauer allerdings sehr verschieden sein können. Einzelne Beispiele hiefür sollen gleich später angeführt werden. Dort, wo das banal entzündliche Vorstadium intensiv zur Entwicklung gekommen ist, unterscheidet es sich seinem ganzen Charakter nach eigentlich in nichts von dem, wie wir es beispielsweise am Beginne jeder Staphylokokkeninfektion antreffen. Auch hier kommt es vorerst zu einer lokalen Hyperämie mit vermehrter Gewebsdurchtränkung — Lymphozyten werden mobilisiert, kurz der Organismus bedient sich prinzipiell derselben Abwehrmaßregeln, wie bei einer banalen Eiterinfektion. Das biologische Gesetz, durch akute Entzündung die eingedrungenen Krankheitserreger am Orte der Läsion in ihrer Proliferation zu beschränken und sie möglichst unschädlich zu machen, kommt auch hier zunächst im vollen Umfange zum Ausdrucke. Die definitive Zerstörung und Elimination der Keime erfolgt weiter aber in der Regel nicht auf dem Wege der lokalen Gewebsnekrose und Eiterung, wie dies bei den akut ablaufenden Infektionen der Fall zu sein pflegt, sondern das umliegende Bindegewebe gerät in einen eigenartigen Proliferationszustand, den wir eben tuberkuloide Reaktion nennen; der Endausgang dieses Prozesses ist in dem tuberkuloiden Granulom gegeben. Der Grund, warum die Elimination des Virus auf dem Wege dieser besonderen Gewebsreaktion erfolgt und nicht mittels Nekrose, wie bei den Eiterinfektionen, muß wohl, ebenso wie der chronische Verlauf solcher Prozesse zum guten Teil auf die morphologische Eigenart der Erreger bezogen werden; davon soll später noch die Rede sein.

Das Prinzip dieses banal entzündlichen Vorstadiums sehen wir oftmals nur in ganz rudimentärer Form gewahrt, Beispiel hiefür: das Lymphoidzellstadium des Tuberkels. Der Lymphoidzelltuberkel ist doch in der Regel ungemein passager und wird rasch vom Epitheloidtuberkel abgelöst. Aber schließlich ist er doch auch nichts anderes als das banal endzündliche Vorstadium des Epitheloidzelltuberkels.

Bezüglich Dauer und Intensität dieser banal entzündlichen Reaktion als Vorläuferin der tuberkuloiden Struktur haben wir also zweifellos mit gewissen Schwankungen zu rechnen, die durch individuelle Disposition und durch lokale Terrainverhältnisse bestimmt sein werden.



Der erwähnten Auffassung nach hätten wir in Fällen, wo tuberkuloide Gewebsstruktur angetroffen wird, ein Virus vor uns, dessen vitale Eigenschaften, vor allem dessen Proliferationsfähigkeit bereits wesentlich eingeschränkt ist, das sich demnach in einer gewissen Inaktivität befindet. Es soll dabei zunächst unerörtert bleiben, ob dieser inaktive Zustand ein absoluter ist, d. h. das Virus vermag unter keinen Umständen mehr in Proliferation zu geraten, ist demnach als tote Masse anzusehen, oder ob es nur an Ort und Stelle durch die augenblicklich wirkende Antifunktion des Organismus inaktiv gehalten wird, unter geänderten Verhältnissen aber, beispielsweise nach Überimpfung auf ein anderes Medium wieder proliferationsfähig werden kann. Inwieweit verschiedene Einflüsse, Allergie, Immunität den Endeffekt dieses Inaktivierungsprozesses zu beeinflussen und zu bestimmen vermögen, soll zunächst gleichfalls unberücksichtigt bleiben.

Eine Stütze für die vertretene Auffassung, daß die Entwicklung tuberkuloider Gewebsstrukturen an das Vorhandensein von inaktivem Bakterienmaterial gebunden ist, finden wir in einer ganzen Reihe von experimentellen Tatsachen. — Lewandowsky[1]) beispielsweise erzielte, sowie eine Reihe anderer Autoren (Sternberg, Joest) mit abgetöteten Tuberkelbazillen bei Meerschweinchen typische Tuberkel mit epitheloiden und Riesenzellen, der Effekt dieser Impfversuche unterschied sich dem Wesen nach in Nichts von dem mit lebendem Virus erzielten. Die Bildung des tuberkuloiden Gewebes kam rascher zustande, als wenn lebende Bazillen verwendet wurden (Lewandowsky), die tuberkuloiden Infiltrate blieben bis sechs Wochen nach der Infektion bestehen.

Mit Lepramaterial sind ähnliche Beobachtungen gemacht worden. F. Wesener[2]) inokulierte Kaninchen Lepragewebe mit reichlich säurefesten Bazillen, das $3^1/_2$ Jahre lang in Alkohol gelegen war in die vordere Augenkammer und erreichte makroskopisch und mikroskopisch ganz die gleichen Effekte, wie sie beispielsweise von Vossius und Damsch[3]) mit frisch exzidiertem Impfmaterial erzielt werden konnten. Wesener bestreitet daher die Deutung der beiden Autoren und die Baumgartens, daß ihre Impfeffekte mit lebendem Material auf Proliferationsfähigkeit der Bazillen zu beziehen wären und erklärt, daß es sich

[1]) l. c pag. 56.
[2]) Münchner Mediz. Wochenschrift 1887, pag. 289 und 334; Zieglers Beiträge, Bd. VII, pag. 615.
[3]) Virchow-Archiv, Bd. 92, pag. 120.

hier um Prozesse handle, „die überhaupt durch totes Leprabazillenmaterial hervorgerufen werden und die sich gegenüber den durch Einbringung von Farbstoffpartikelchen oder gehärteten, tuberkelbazillenhaltigen Massen erzielten, nur durch die Eigentümlichkeit auszeichnen, daß die eingebrachten Leprabazillen selbst als Fremdkörper aufgenommen werden, dabei jedoch ihre Gestalt und Färbbarkeit längere Zeit zu bewahren vermögen". In weiterer Folge dieser Anschauung vertritt Wesener die Meinung, daß die Bazillen in den menschlichen Lepraknoten ebenfalls nicht fortpflanzungsfähig seien, sondern daß wir es hier mit abgestorbenen Mikroorganismen zu tun hätten. Damit seien verschiedene in der Klinik und Pathologie der menschlichen Lepra ungereimte Tatsachen erklärt, so der Umstand, auf welchen Unna seinerzeit auch hingewiesen hat, daß die Leprabazillen verhältnismäßig unschädliche Parasiten sein müssen, da sie beim Vorkommen in so kolossalen Massen innerhalb des Körpers verhältnismäßig wenig Schaden anzurichten vermögen. Durch solche Annahme erscheint auch das Faktum erklärt, warum alle Kulturversuche aus Lepraknoten erfolglos sind, warum bei der Inokulation mit frischem Material, wenn überhaupt, so nur lokale Affekte zustande kommen, Generalisierung des Virus aber durchwegs ausbleibt, warum Übertragungsversuche auf Menschen bisher negativ ausgefallen sind u. dgl. m. — Eigene[1]) experimentelle Studien mit hochvirulentem Lepramaterial haben gleichfalls eindeutig gezeigt, daß die tuberkuloide Struktur an den Impfstellen erst dann zur Entwicklung kommt, wenn das Lepramaterial inaktiviert, proliferationsunfähig geworden ist, demnach gewissermaßen nur mehr als Fremdkörper wirkt und der Elimination verfallen ist. Aus dem Studium verschieden alter Impfeffekte konnte ich den Übergang der akut entzündlichen Phase als erste Reaktion auf das Einbringen und Proliferieren des Virus in die typisch-lepröse Struktur mit den überreichlich Bazillen enthaltenden Leprazellen und schließlich in das echte tuberkuloide Gewebe feststellen. Der Umstand, daß die Zahl der Leprabazillen im selben Verhältnisse abnimmt, als der tuberkuloide Bau der Gewebsveränderungen markant wird, spricht, wie mir scheint, mit aller Sicherheit dafür, daß die tuberkuloide Gewebsreaktion nicht an das Stadium der Proliferationsfähigkeit des Virus geknüpft ist, sondern erst ausgelöst wird, wenn die Vegetationsphase desselben abgelaufen

[1]) Frankfurter Zeitschrift f. Pathologie, Bd. 19, pag. 172.

ist, die Erreger sich demnach schon in einem inaktiven Zustande befinden.

Ganz ähnliche Erfahrungen konnte ich, um noch ein Beispiel anzuführen, bei tierexperimentellen, in Gemeinschaft mit Reenstierna ausgeführten Studien über Aleppo-Beule gewinnen. Der ausführliche Bericht hierüber wird demnächst erscheinen.[1]) Ich will an dieser Stelle nur so viel erwähnen, daß wir auch hier aus dem Studium verschieden alter Impfeffekte bei Affen deutlich erkennen konnten, wie die tuberkuloide Gewebsstruktur im selben Verhältnisse die banale Entzündung ablöste, als die Leishmanien im Gewebe weniger wurden. Das Endstadium war auch hier gegeben durch ein typisches tuberkuloides Granulom, der Nachweis der Erreger war jetzt entweder überhaupt unmöglich, oder es fanden sich nur mehr ganz vereinzelte Exemplare derselben. Die vielfach sich nicht deckenden Berichte über die histologische Struktur der Aleppo-Beule — die einen Autoren beschreiben rein entzündlichen Bau (Kuhn[2]) beispielsweise betont ausdrücklich das Fehlen von epitheloiden und Riesenzellen), andere wieder tuberkuloiden (Cunigham, Riehl)[3]) u. a. — finden, wie ich bestimmt glaube, nur darin ihre Erklärung, daß den Beobachtern verschieden altes Material, damit verschiedene Entwicklungsstadien vorgelegen sind. Daraus erklären sich auch die differenten Angaben über das Vorkommen der Leishmanien in den Affekten. Einige Untersucher berichten, daß sie diese mit Leichtigkeit nachweisen konnten, andere wieder finden sie gar nicht oder nur nach langem Suchen. All dies hängt, wie wir uns überzeugen konnten, von der Entwicklungshöhe des Prozesses ab. Ist das tuberkuloide Stadium erreicht, finden wir im Gewebe Riesenzellenbildungen, oder sind auch diese schon geschwunden und nur mehr Epitheloide vorhanden, dann sind die Erreger schon spärlich geworden oder gänzlich eliminiert, ihr Nachweis bereitet Schwierigkeiten oder ist überhaupt unmöglich. In der akut entzündlichen Phase des Prozesses hingegen sind sie stets reichlich vorhanden.

Sprechen schon die angeführten Beispiele mit großer Bestimmtheit für die vertretene Auffassung, daß die tuberkuloide Struktur nicht durch das Vorhandensein von proliferationsfähigem Virus im Gewebe ausgelöst wird, so geht

[1]) cf. Sitzungsbericht der k. k. Gesellschaft der Ärzte. Wiener Klinische Wochenschrift 1918.

[2]) Virchow-Archiv 1897, pag. 372.

[3]) Vierteljahrsschrift f. Dermatologie und Syphilis, Bd. XIII, 1886.

dies, wie mir scheint, noch viel deutlicher aus der Tatsache hervor, daß in allen jenen Fällen, wo wir das Virus auf Grund seines überreichen Vorkommens im Gewebe, auf Grund der schweren Läsionen, die am Orte seiner Ansiedlung entstehen, und der schweren Allgemeinerkrankung für besonders virulent und proliferationsfähig halten müssen, tuberkuloide Struktur so gut wie immer vermißt wird, dafür aber akut entzündliche Reaktionen mit Nekrose in Erscheinung treten. Derartige Vorkommnisse sind ja an und für sich selten, immerhin aber durch ganz bestimmte klinische Erscheinungsformen vertreten. Als Beispiel soll aus dem Gebiete der Tuberkulose die akute Miliartuberkulose der Haut angeführt werden, eine bei Erwachsenen bekanntlich sehr rare Erkrankung — es sind überhaupt nur ein paar Fälle beobachtet (Naegeli,[1]) Hedinger[2]) — im Kindesalter aber vielleicht doch häufiger vorkommend, als man anzunehmen pflegt (Leiner und Spieler). Ich möchte besonders jene Form der Miliartuberkulose der Haut ins Auge fassen, die von Leiner und Spieler[3]) als „akute hämorrhagische" bezeichnet wurde, bei der die Autoren stets Tuberkelbazillen in außerordentlich großer Menge, hingegen niemals für Tuberkulose charakteristische Zellformen in den Nekrose-Herden feststellen konnten. Hier unterschied sich demnach die Gewebsreaktion im Anschluß an das Eindringen von Tuberkelbazillen in die Haut in nichts von der, wie wir sie bei jeder Eiterkokken-Invasion antreffen. Tuberkuloide Struktur wurde nicht manifest, die Abwehr des Organismus bestand einzig und allein in akut entzündlicher Reaktion. Das muß nun aber doch als schwerwiegendstes Argument dafür sprechen, daß stürmisch proliferierendes Bazillenmaterial tuberkuloide Struktur überhaupt nicht auslösen kann, oder mit anderen Worten, daß wir in der tuberkuloiden Gewebsreaktion gar nicht jene Erscheinung vor uns haben, die dazu bestimmt oder auch nur geeignet wäre, virulentes, vegetationsfähiges Virus zu inaktivieren, mithin unschädlich zu machen. Wenn das Auftreten eines tuberkulösen Granuloms von dem Vorhandensein aktiven Bazillenmaterials im Gewebe abhängen würde, dann müßte man wohl in den erwähnten Fällen von akuter hämorrhagischer Miliartuberkulose der Haut die schönsten und typischesten tuberkuloiden Strukturen vorfinden.

[1]) Münchner Mediz. Wochenschrift 1898.
[2]) Frankfurter Festschrift f. patholog. Anatomie Bd. II, 1909.
[3]) Ergebnisse der inneren Medizin u. Kinderheilkunde, Bd. VII, 1911.

Ein ganz analoges Beispiel kann ich auch aus Beobachtungen an Lepra beibringen.

Wir hatten Gelegenheit bei einer Kranken, die durch mehrere Jahre wegen typischer Knotenlepra an der Klinik beobachtet wurde, plötzlich das Auftreten ungewöhnlicher, akut entzündlicher Veränderungen auf der Haut festzustellen. Es kam unter kontinuierlich hohem Fieber zur Entwicklung überaus zahlreicher, kleinerer und größerer Infiltrate, vielfach von furunkelähnlichem Typus, die alle in Nekrose übergingen und so zu Ulzerationen der Haut Anlaß gaben. In den nekrotischen Gewebsmassen und in dem Eiter der Effloreszenzen fanden sich ganz außerordentlich reiche Massen von säurefesten Bazillen. Die histologische Untersuchung eines solchen Herdes ergab keine Spur von tuberkuloidem Bau, sondern akute Entzündung mit zentraler Nekrose. Die Attacke heilte mit Narben aus. Nach länger und kürzer währendem erscheinungsfreiem Intervall trat neuerlich ein solcher Anfall auf und dies wiederholte sich in den letzten drei Jahren schon öfter als ein Dutzendmal. Die Krankengeschichte und nähere Besprechung des Falles, den wir als eine Art von „Lepra sepsis" aufgefaßt haben, ist von mir[1]) sowie von Stein[2]) anderwärts bereits ausführlich publiziert worden.

Hier interessiert uns diese Beobachtung deshalb, weil aus ihr, ähnlich wie bei dem früher angeführten Beispiele der Miliartuberkulose der Haut, die Tatsache überzeugend hervorgeht, daß die Anwesenheit von virulenten, aktionsfähigen Leprabazillen in der Haut zur akuten Entzündung mit Nekrose und Eiterung, nicht aber zur Entwicklung eines Leproms mit tuberkuloider Struktur Anlaß gibt. Der Fall erscheint darum auch in ganz besonderer Weise darnach angetan, die Auffassung jener zu stützen, die aus anderen Gründen, wie früher schon erwähnt, das Bazillenmaterial in den Knoten für abgetötet, demnach avirulent gehalten haben. Welche Gründe für diesen, die Regel darstellenden Zustand des Virus in der Haut maßgebend sind, warum daher die Leprainfektion unter der Bildung von Knoten und tuberkuloiden Strukturen verlaufen muß, und solche Vorkommnisse, wie sie hier beschrieben wurden, die größte Ausnahme darstellen, davon soll später noch gesprochen werden. Auf einen Punkt allerdings sei jetzt schon verwiesen, nämlich darauf, daß die Miliartuberkulose der Haut, offenbar doch der ganz analoge Prozeß zu den akuten Entzündungserscheinungen unserer Leprakranken, bei Erwachsenen ebenso selten zur Beobachtung kommt.

Auf Grund der angeführten Tatsachen muß demnach die Auffassung sehr begründet erscheinen, daß wir die tuberkuloide Struktur

[1]) l. c.
[2]) Archiv f. Dermatologie und Syphilis 1916. Festschrift f. Finger.

als Ausdruck für den bereits im Gang befindlichen Eliminierungsprozeß der in das Gewebe eingedrungenen und durch verschiedene Organfunktionen dortselbst inaktivierten Erreger anzusehen haben.

Unter Zugrundelegung solcher Voraussetzungen ist nun aber auch die Möglichkeit gegeben, gewisse Verschiedenheiten in dem Bau der tuberkuloiden Granulome befriedigend zu erklären, ich meine speziell das Schwanken des Riesenzellenreichtums, das relativ seltene Auftreten von zentraler Verkäsung in den tuberkuloiden Herden und schließlich die Rückbildung und Abheilung der Läsionen.

Die Riesenzellen sind, wie wir wissen, Abkömmlinge der epitheloiden Zellen. Sie entstehen aus denselben nicht durch Agglutination, durch Zusammenfließen mehrerer nebeneinander liegender Epitheloidzellen, sondern, wie Benda, Wakabayashi, Herxheimer u. a. nachgewiesen haben, durch amitotische Kernteilung der Epitheloiden, welcher die Protoplasmateilung nicht folgt. Aus dem Nachweis der Zentralkörperchengruppen im Zentrum des Plasmas geht diese Tatsache eindeutig hervor. Niemals wurden bei Umwandlung der Epitheloidzellen zu Riesenzellen Mitosen beobachtet (Herxheimer).

Bei der allgemein geltenden Auffassung, daß der amitotische Zellteilungsvorgang an einen gewissen Degenerationszustand des Plasmas gebunden ist, ja daß Zellen, die ein derartiges Phänomen zeigen, nicht als proliferationsfähige, für den Gewebsaufbau irgendwie in Betracht kommende Exemplare anzusehen sind, sondern im Gegenteil dem Untergang bestimmt erscheinen, müssen wir auch die Riesenzellen des tuberkuloiden Granuloms für geschädigte, im Zugrundegehen begriffene epitheloide Zellen halten. Der Grund für die Tatsache, daß eine Reihe von ihnen solche Schädigung erleidet, ist offenbar in ihrer phagozytären Fähigkeit gelegen. Die epitheloiden Zellen stellen doch gewissermaßen die Organe für den Eliminierungsprozeß der Krankheitserreger dar, sie phagozytieren dieselben, um sie aufzuschließen und abzubauen, und erfahren bei dieser Tätigkeit eben jenen schädigenden Reiz, der ihre Umwandlung zu Riesenformen bewirkt. Für eine solche Annahme spricht insbesondere der Umstand, daß wir gerade in den Riesenzellen oft große Mengen von Bakterien antreffen, ja daß wir sie förmlich als Stätten kennen, in welchen die Aufspeicherung der Parasiten erfolgt. Riesenzellenbildung und Bakterienphagozytose stehen im innigen Zusammenhang.

Wenn nun aber die Verhältnisse so liegen, dann muß konsequenter Weise im selben Maße, als der Bakterienreichtum innerhalb eines Granuloms geringer wird, auch die Bildung der Riesenzellen herabsinken und wenn der



letzte Krankheitserreger vernichtet ist, dann können neue Riesenzellen überhaupt nicht mehr entstehen. Das heißt mit anderen Worten: der Riesenzellenreichtum eines Granuloms spricht dafür, daß im Gewebe noch Krankheitskeime und deren Abbauprodukte genug vorhanden sind, daß sich der Eliminierungsprozeß des durch andere Organeinflüsse bereits inaktivierten Bakterienmaterials im vollen Gange befindet. Wird die Zahl der Riesenzellen spärlich, so sagt uns dies, daß die größte Menge der Erreger bereits weggeschafft ist und finden wir in einem Granulom überhaupt nur mehr epitheloide Zellen ohne Riesenformen, so stellt dies den Ausdruck für das völlige Freisein der Herde von Mikroorganismen dar.

Die mit dieser Auffassung scheinbar im Widerspruch stehende Tatsache, daß nicht alle Riesenzellen Parasiten enthalten, ja daß man gelegentlich Granulome findet, in denen trotz reicher Riesenformen solche überhaupt nicht festzustellen sind, findet durch die Art, in welcher der Abbau der Bakterien vor sich geht, ungewungene Erklärung. Unmittelbar im Anschlusse an die Phagozytose verhalten sich die Parasiten morphologisch noch intakt, bei der Eigenart ihres Baues vermögen sie den deletären Einflüssen des Zellplasmas eben länger Widerstand zu leisten. In diesem Stadium sind ihre färberischen Qualitäten erhalten, ihr Nachweis gelingt daher ohne Schwierigkeit. Gar zu lange scheint diese Phase allerdings nicht zu währen. Bald werden die Parasiten im Zellinnern aufgeschlossen — ein wahrscheinlich recht komplizierter, chemischer Vorgang! — sie verlieren hiebei ihre Hülle (insoweit sie überhaupt eine solche besitzen) und damit auch ihre Färbbarkeit. Es unterliegt keinem Zweifel, daß im Abbauprozeß der Bakterien ein Stadium eintritt, in dem wir dieselben, trotz ihres Vorhandenseins im Gewebe, tinktoriell nicht mehr nachweisen können. In den Riesenzellen, die frei von Mikroorganismen gefunden werden, hätten wir wohl vor allem Derartiges anzunehmen. Schließlich haben wir auch noch mit dem Umstande zu rechnen, daß im selben Augenblick, wo die Bakteriolyse vollendet ist, innerhalb der Zellen geformte Elemente überhaupt nicht, sondern nur mehr deren Aufschlußprodukte vorhanden sind, die wir aber nicht zur sinnfälligen Darstellung bringen können.

Wir sehen also, daß der Nachweis der Krankheitserreger innerhalb eines Granuloms infolge der eigenartigen Vorgänge beim Eliminierungsprozeß während der ganzen



Zeit vom Augenblick der Phagozytose bis zur endgültigen Vernichtung innerhalb der zu Riesenformen ausgewachsenen Epitheloidzellen nur in einem sehr beschränkten Intervall möglich ist. Darum vermag der oft negative Bazillenbefund durchaus nicht gegen die vertretene Auffassung zu sprechen, daß der Reichtum der Riesenzellen in einem tuberkuloiden Herd vom Reichtum der Parasiten, bzw. von der Intensität und Entwicklungshöhe des Eliminierungsprozesses abhängig ist.

In klassischer Weise vermochte ich die hier kurz skizzierten Verhältnisse bei den früher schon erwähnten, experimentellen Studien über Lepra zu verfolgen.

Dort waren in den jüngsten Impfeffekten die überreich produzierten Riesenzellformen geradezu vollgepfropft mit säurefesten Bazillen; neben den Stäbchen fanden sich auch Granula in großer Zahl, die ich für Zerfallsprodukte der Bazillen gehalten habe. In einem späteren Stadium (13 Tage älter) waren die säurefesten Elemente schon sehr rar geworden, Riesenzellen fanden sich relativ spärlich, Leprazellen mit den großen Plasmavakuolen fehlten fast völlig. Parasiten waren in den Riesenzellen nur mehr ausnahmsweise festzustellen. In dem ältesten der untersuchten Impfeffekte endlich (28 Tage später ausgeschnitten) waren Riesenzellen nur mehr vereinzelt vorhanden, sie waren bei weitem nicht mehr in jedem Schnitte zu sehen, Die Suche nach Bazillen ergab in sämtlichen Schnitten ein negatives Resultat. Das Granulom bestand seiner histologischen Struktur nach aus epitheloiden Zellen und aus lymphozytären Elementen, welche erstere oft wallartig umgaben. Das knötchenförmige der Epitheloidzellengruppierung kam dadurch besonders prägnant zum Ausdruck.

Es war in diesen Impfeffekten demnach der Übergang von der Lepromstruktur mit allen spezifischen Einzelheiten bis zum echten tuberkuloiden Granulom zu verfolgen und hiebei festzustellen, daß das Vorhandensein der epitheloiden Riesenzellformen vom Vorhandensein der Bakterien im Gewebe abhängig erschien, daß entsprechend dem Fortschreiten ihrer Vernichtung auch der Riesenzellenreichtum abnahm, um schließlich mit dem Erlöschen der Infektionskeime gleich Null zu werden. Das Endstadium dieses Prozesses war durch reine Epitheloidzellstruktur des Granuloms ohne Riesenformen gegeben.

In Übereinstimmung mit der hier entwickelten Ansicht stehen Befunde, die man bei der Untersuchung tuberkuloider Granulome immer wieder erheben kann, nämlich, daß die älteren, schon mehr oder weniger in Ausheilung begriffenen Gewebspartien derartiger Herde so gut wie reine Epitheloid-Zellstruktur erkennen lassen, daß in ihnen Riesenzellen außerordentlich spärlich sind oder überhaupt nicht vorkommen, während in jenen Abschnitten, die der Wachstumszone des Granuloms entsprechen, meist deren genug festgestellt werden können. Den besten Einblick in diese Tatsache gewinnt man bei systematischer Untersuchung von Lupusmaterial. Wenn man ältere Lupusherde, also solche

mit zentraler Ausheilungstendenz mittels Schnittserien histologisch untersucht, so zeigt sich, wie ich bei wiederholten diesbezüglichen Studien immer wieder finden konnte, daß der Reichtum der Riesenzellen von der Peripherie des Schnittes nach dem Zentrum zu abnimmt. In den mittleren Anteilen, wo meist immer noch einzelne Tuberkel gut erhalten in fibrösem Gewebe eingebettet liegen, lassen sich Riesenzellen in der Regel überhaupt nicht auffinden, man kann viele Schnitte hintereinander durchmustern, ohne auch nur auf ein Exemplar davon zu stoßen. In den frischen Infiltraten an der Peripherie hingegen sind sie reichlich vorhanden. Natürlich braucht der Riesenzellenmangel in den zentralen Partien kein absoluter zu sein, es können sich einmal Knötchen finden, die solche enthalten; bei dem Umstand, daß ja gerade in den abgeheilten Bezirken öfter Rezidivknötchen zur Entwicklung kommen — ein Charakteristikum des Lupus — kann uns dies kaum wundernehmen. Im allgemeinen habe ich aber den bestimmten Eindruck gewonnen, daß in den abheilenden Partien eines Lupusherdes die Riesenzellen um vieles seltener sind, als in den frischen Infiltraten. Diese, bei genauem Achten immer wieder festzustellende Tatsache hat in mir die Vorstellung gezeitigt, daß man es dort, wo tuberkuloide Struktur ohne Riesenzellen gefunden wird, in der Regel mit Granulompartien zu tun hat, die von den Krankheitskeimen bereits frei sind, deren Abheilung demnach bevorsteht.

Daß diesem „reinen" Epitheloid-Zellstadium, wie ich es nennen möchte, meist längere Persistenz zukommt, ist bekannt; wir wissen dies insbesondere aus Tierexperimenten.

Ich will hier als Beispiel wieder auf die früher schon erwähnten Angaben Lewandowskys[1]) verweisen, der bei Meerschweinchen, die mit abgetöteten Tuberkelbazillen infiziert worden waren, noch bis sechs Wochen tuberkuloide Struktur gefunden hat. Dabei zeigten sich schon am 7. Tage nach der Infektion an der Impfstelle Riesenzellen mit phagozytierten Bazillen. Die Eliminierung der von Haus aus proliferationsunfähigen Bakterien war daher sehr rasch in Gang gekommen und gewiß auch sehr rasch erledigt (in einer Versuchsreihe fand Lewandowsky schon nach 14 Tagen keine Bazillen mehr im Gewebe) — ein Zeitraum von sechs Wochen war dazu wohl kaum nötig; trotzdem hielt sich die tuberkuloide Struktur so lange. Lewandowsky berichtet leider darüber nichts, ob in den älteren Impfstadien von der 4. bis zur 6. Woche dieser Versuchsreihen der Riesenzellengehalt geringer war, oder ob Riesenformen schließlich überhaupt gefehlt haben.

Bei meinen Lepraexperimenten konnte ich auch sehen, daß sich die bereits keimfreien, reine Epitheloidzellstruktur darbietenden Impfknoten

[1]) l. c. Med. Archiv f. Dermatologie und Syphilis, Bd. CXXIII, 1916.

außerordentlich lange gehalten haben. Von jenem Tage an, wo der älteste bazillen- und riesenzellfreie Impfeffekt ausgeschnitten worden war, zeigte ein gleich alter, den ich unberührt ließ, durch mehr als acht Wochen unveränderten Bestand und von da an vergingen wieder ungefähr 14 Tage, bis sich der Knoten völlig involviert hatte. Es hielt also auch die Rückbildung des Infiltrates nicht gleichen Schritt mit der Vernichtung der Parasiten, sondern letztere war schon lange vorher abgeschlossen. Mit ganz ähnlichem haben wir sicherlich auch in der menschlichen Pathologie zu rechnen und ich glaube bestimmt, daß uns der Mangel von Riesenzellformen in einem Epitheloidzellengranulom dafür als Zeichen gelten muß, daß die Abwehrreaktionen des Gewebes gegenüber den eingedrungenen Krankheitserregern zu vollem Erfolg geführt haben, daß der betreffende Herd bereits parasitenfrei und damit involutionsreif ist.

In diese Auffassung passen nun ganz die Verhältnisse hinein, wie wir sie beim sogenannten Boeckschen Lupoid antreffen; ja es kann durch Zugrundelegung solcher Vorstellungen manches der Eigenart dieser Krankheitsform unserem Verständnis geradezu näher gebracht werden. Bekanntlich ist beim Boeckschen Lupoid die epitheloide Zellstruktur der Hautläsionen in besonders markanter Weise entwickelt. Es finden sich im Gewebe, oft in recht großer Zahl die verschiedenst gestalteten Herde von epitheloiden Zellen, entzündliche Elemente fehlen fast gänzlich. Dieser Mangel an lymphozytären Elementen um die Epitheloidzellenhaufen und zwischen ihnen oder die rudimentäre Entwicklung derselben verleiht dem histologischen Bild seine Eigenart; wir haben hier geradezu den Typus eines Epitheloidzellengranuloms vor uns. Der Reichtum an Riesenzellen in diesen Herden ist ein verschiedener, die Mitteilungen in der Literatur differieren diesbezüglich. Boeck selbst hat in seinen ersten Fällen Langhanssche Formen nicht gefunden, in späteren Beobachtungen hingegen nachweisen können. Eigene Untersuchungen haben mir gezeigt, daß da doch gewisse Gesetzmäßigkeiten vorzuliegen scheinen. In dem Falle, den ich seinerzeit ausführlich publiziert habe, waren in einzelnen der untersuchten Stellen recht reichlich Riesenzellen zu finden. Ich bemerke, daß sich die Hauterscheinungen bei dieser Patientin vielfach noch im Stadium der Progression befunden hatten. Bei neuerlicher Durchsicht der Präparate kam ich auch hier wieder zur Überzeugung, daß die den älteren Partien entsprechenden Stellen der Schnitte arm an Riesenzellen waren, im Gegensatz zu den jüngeren Partien.

Noch viel bestimmtere Anhaltspunkte nach der Richtung konnte ich aus einer erst unlängst gemachten Beobachtung gewinnen. Der Fall, um den es sich handelt, ist in mancher Beziehung interessant; ich will daher hier seine Krankengeschichte kurz anschließen.



Am 28./III. 1917 wurde der 22jährige M. D. an die Klinik aufgenommen. Bei dem Patienten haben sich, wie aus den Aufzeichnungen des Spitales, von dem er nach dreimonatlichem Aufenthalt dortselbst der Klinik zugewiesen worden war, hervorgeht, ungefähr im Oktober 1916 die ersten Erscheinungen an der Haut gezeigt. Aus voller Gesundheit begannen an den Extremitäten juckende „Ausschläge" aufzutreten, die sich allmählich über Brust, Hals und Gesicht ausbreiteten. Die Erkrankung trat in Schüben auf, zur Zeit des Ausbruches bestanden Kopfschmerzen und Üblichkeiten.

Die Dermatose war bei dem Kranken außerordentlich reichlich entwickelt; Gesicht, Hals, Rücken, Glutealgegend, obere und untere Extremitäten, Dorsum und Planta pedis beiderseits waren voll mit Effloreszenzen. Es handelte sich um Infiltrate von rotbrauner Farbe, die der Haut eingelagert waren, stellenweise auch ein wenig über das Niveau derselben hervorragten, so daß man förmliche Knoten vor sich hatte. Die Größe und Begrenzung der einzelnen Herde war sehr verschieden, vielfach konfluierten die Infiltrate miteinander, so daß recht umfängliche Plaques zustande kamen. Besonders im Gesicht war dies der Fall, die ganze Stirne war diffus braunrot infiltriert, nur an der Haargrenze war ein schmaler Saum normaler weißer Haut übrig geblieben. Besonders intensiv waren Glutaealgegend und untere Extremitäten befallen, die Plantae pedis enthielten ebenfalls in ausgedehnter Weise massige Infiltrate. An mehreren Stellen, so insbesondere an den oberen Extremitäten, befanden sich die Erscheinungen teilweise schon im deutlichen Rückgang. Hier waren die Infiltrate vielfach recht reduziert, stellenweise fanden sich überhaupt nur mehr atrophische Stellen mit kleinlamellöser Oberflächenschuppung als Endstadium solcher Einlagerung.

Der Patient ist kräftig entwickelt, von gutem Ernährungszustand, bis auf eine geringgradige Schwellung der submaxillaren Lymphdrüsen befindet sich der Drüsenapparat palpatorisch normal. Die Untersuchung der inneren Organe ergibt normalen Befund. Röntgenaufnahme der Lungen zeigt nichts Besonderes. W. R. negativ.

Die histologische Untersuchung zahlreicher exzidierter Herde (es wurde von acht Körperstellen, wo sich die Erscheinungen besonders reichlich fanden, untersucht) ergab überall das völlig gleiche mikroskopische Bild, wie es für die Boecksche Dermatose charakteristisch ist. Später soll darüber noch mehr gesagt werden.

Tuberkulinreaktionen wurden hier nicht angestellt. Es lagen diesbezüglich schon aus der früheren Spitalsbeobachtung Angaben vor. „31./I. $^3/_{10}$ *mg* Alttuberkulin. Temp. 37·6°. Keine Herdreaktion.

2./II. $^6/_{10}$ *mg*, Temp. 37·8. Deutliche Herdreaktion; das Gesicht heiß, die Einzelplaques deutlich ödematös, druckschmerzhaft; Spannungsgefühl. 3./II. Normale Temperatur. Herdreaktion im Abnehmen.

4./II. $1^1/_2$ *mg*., keine Temperaturerhöhung, keine Herdreaktion.

Am 25./II. wird Immunkörperbehandlung nach Spengler eingeleitet (zweimal wöchentlich in steigender Dosis)."

Weitere Angaben, in welchem Ausmaße diese Kur durchgeführt wurde und welche Reaktionen hiebei aufgetreten sind, fehlen im Krankenblatt. Es heißt nur unter dem 8. und 20./III. „Die Erscheinung im deutlichen Regreß, vielfach ganz flacher Plaques mit zentraler Narbenbildung nachweisbar." Jedenfalls war die Beeinflussung durch die Immunkörperbehandlung keine bedeutende, da die Hauterscheinungen zur Zeit der Übernahme des Kranken an die Klinik (28./III.), wie oben erwähnt, zum allergrößten Teil voll entwickelt waren.

Aus dem weiteren Verlauf der Erkrankung ist zu erwähnen: 30./IV. Ohne jede Therapie allmählicher Rückgang der Erscheinungen.

15./V. Die Erscheinungen am Stamm und an den Extremitäten



mit Ausnahme des Dorsum und der Planta pedis beiderseits rückgebildet, an Stelle der Infiltrate überall leicht atrophische, zum Teil depigmentierte Haut. Im Gesicht die Infiltrate noch nachweisbar, aber deutlich geringer.

18./VI. Infiltrate an den Füßen und im Gesicht kaum mehr festzustellen. Pat. wird wegen einer toxischen Gastro-Enteritis mit Hämaturie an eine innere Abteilung transferiert. Bei Rückkunft an die Klinik 8./VIII. ist die Haut völlig frei von Infiltraten, dort und da sind leicht atrophische Hautstellen zu sehen, aber auch diese sind relativ sehr spärlich. Man ist geradezu überrascht, daß ein derartig intensiv entwickelt gewesener, infiltrativer Prozeß so geringe Spuren auf der Haut hinterlassen hat.

Das für die hier vorliegende Frage besonders Verwertbare des Falles ist darin gelegen, daß mikroskopische Präparate aus verschiedenen Entwicklungszeiten der Dermatose zum Vergleich vorhanden sind. Es wurde nämlich bei dem Patienten schon in dem ersten Spital eine Probeexzision vorgenommen; wenn auch das genaue Datum derselben aus der Krankengeschichte nicht entnommen werden kann, so geht doch zweifellos hervor, daß dies vor dem 31./I., also ca. acht Wochen früher als meine Exzision, geschehen ist. Es wurden mir die Präparate dazumal zur Begutachtung vorgelegt und ich konnte in ihnen die typische Struktur des Boeckschen Lupoids, zugleich auch reichliche Riesenzellen von Langhansschem Typus in den epitheloiden Zellverbänden feststellen.

In den Präparaten der späteren Exzisionen hingegen finden sich bei sonst gleicher histologischer Struktur derartige Riesenformen nur ganz ausnahmsweise. In Serien von einzelnen Herden waren überhaupt keine vorhanden. Es lag demnach fast überall die „reine" Epitheloid-Zellstruktur vor, der Unterschied gegenüber dem früheren Befund war ein am ersten Blick auffallender.

Hier hatte also innerhalb der acht Wochen eine Rückbildung der Riesenzellen stattgefunden bis zum völligen Schwund derselben und vom Augenblicke an, wo dies eingetreten war, begann unter unseren Augen die Rückbildung der Infiltrate, die in relativ kurzer Zeit zu einem völligen Schwunde der Erscheinung geführt hat. Wir haben damit aber gleichsam ein Schulbeispiel vor uns für das, was früher auseinandergesetzt wurde: Der Mangel an Riesenzellen in einem Granulom stellt uns den Ausdruck dafür dar, daß die Gewebsreaktion bezüglich Eliminierung der Krankheitserreger zu vollem Abschluß gekommen ist, daß die Infiltrate bereits parasitenfrei geworden sind und daher der Involution verfallen müssen. Anderseits sehen wir daraus aber auch, daß solche parasitenfreie Granulome mit „reiner" Epitheloid-Zellstruktur über



Wochen hinaus bestehen bleiben können, daß ihre Rückbildung längere Zeit beansprucht, ganz konform jenen Verhältnissen, wie wir sie vom Tierexperiment mit abgetötetem Bazillenmaterial her kennen.

Daß man nun in dieser Phase keinen sicheren Anhaltspunkt mehr für die Ätiologie des Granuloms gewinnen kann, versteht sich von selbst. Damit erfährt nun aber zum Teil schon jene Frage ihre Beantwortung, worin denn eigentlich die Schwierigkeiten gelegen sind, die Natur des Boeckschen Lupoids eindeutig zu erkennen. So sehr die tuberkulöse Natur dieser Dermatose als wahrscheinlich, bzw. auf Grund des von mir seinerzeit mitgeteilten positiven Tierexperimentes als sicher erwiesen anzusehen ist, werden immer wieder gewisse Zweifel laut — so haben in letzter Zeit Kuznitzky und Biltorf[1]) die Annahme einer tuberkulösen Ätiologie völlig abgelehnt — da bekanntlich Übertragungsversuche auf Meerschweinchen in der Regel negativ ausfallen. Nun kann dies eigentlich aber gar nichts anderes sein. Wenn wir uns an das halten, was früher auseinandergesezt worden ist, so müssen wir hier zunächst schon mit einem, gar nicht so eng begrenzten Stadium rechnen, nämlich dem der reinen Epitheloidzellstruktur, in welchem jede Gewebsübertragung auf Meerschweinchen von vorneherein aussichtslos erscheinen muß. Wann dieser Zustand in den einzelnen Herden auftritt, läßt sich natürlich nicht bestimmen. Aber selbst wenn noch reichlich Riesenzellen in den Läsionen vorhanden sind, woraus, wie oben bemerkt, auf die Anwesenheit von Krankheitserregern oder ihrer Zerfallsprodukte geschlossen werden muß, braucht deshalb mit dem Gewebe kein positives Tierexperiment erzielt zu werden; wir haben ja früher als Grundsatz aufgestellt, daß das Vorkommen von Riesenzellen in Granulomen eo ipso für einen inaktivierten Zustand des Virus spricht und daß Riesenzellen durchwegs über die Bakteriolyse hinaus bestehen bleiben. Ist das Gewebe tatsächlich noch virushältig, so sind die Krankheitserreger eben schon derartig geschädigt, daß sie selbst auf dem neuen Nährboden aktive Fähigkeiten nicht mehr erlangen können.

Dabei müssen wir überhaupt damit rechnen, daß die Parasiten schon relativ bald nach ihrem Eindringen in die Haut eine gewisse Schädigung erleiden, es geht dies aus dem frühzeitigen Verlust ihrer Färbbarkeit hervor. Bekanntlich lassen sich beim Boeckschen Lupoid in der Regel trotz noch so sorgfältigen Suchens Bakterien im Gewebe

[1]) Münch. mediz. Wochenschrift Oktober 1915.



nicht nachweisen, Boeck ist es bisher eigentlich als Einzigem gelungen, säurefeste Stäbchen in den Krankheitsäußerungen aufzufinden und zwar nicht in Läsionen der Haut, sondern der Nasenschleimhaut. Meiner Vorstellung nach gibt es in der ganzen Entwicklungsphase des Boeckschen Lupoids überhaupt nur ein zeitlich sehr kurz bemessenes Stadium, knapp im Anschlusse an die Invasion der Bakterien in die Haut, wo der tinktorielle Nachweis der Erreger und die Übertragung von Gewebe auf Tiere gelingen kann. Einen Fall so frisch zur Beobachtung zu bekommen, ist naturlich reiner Zufall.[1]) Mein positives Impfergebnis seinerzeit kann, wie ich glaube, nur auf diese Weise erklärt werden. Ich hatte dazumal zur Inokulation Material verwendet, das aus der Randzone eines frisch entstandenen Herdes gewonnen worden war, zufällig werde ich dabei auf ein so junges Stadium gestoßen sein. Seitdem habe ich mich bei zwei weiteren Fällen von Lupoid mit Inokulationsversuchen redlich abgemüht — ohne positives Resultat, was mich nun aber durchaus nicht mehr verwundert. Ich stehe heute geradezu auf dem Standpunkt, daß man beim Boeckschen Lupoid ein positives Tierexperiment in der Regel überhaupt nicht erwarten kann, daß es als ganz besondere Ausnahme anzusehen ist, wenn so etwas einmal zutrifft. Das ist aus der eigenartigen Struktur des Prozesses zu erschließen, die uns in letzter Linie ja nur den Ausdruck für ein ganz besonderes Verhalten des Virus im Gewebe darstellt. Wenn der Grundsatz zurecht besteht — und daran ist nach all dem, was bisher ausgeführt wurde, wohl nicht zu zweifeln — daß dort, wo proliferationsfähiges Virus im Gewebe vorkommt, akut entzündliche Reaktionen ausgelöst werden, während tuberkuloide Strukturen an das Zugrundegehen von Bakterien gebunden sind, so müssen wir beim Boeckschen Lupoid ein Virus voraussetzen, das nur in einer relativ kurzen Zeit seines Vorhandenseins im Gewebe irgendwelch besondere aktive Qualitäten besitzen kann. Die Krankheitserreger müssen relativ bald nach

---

[1]) Zusatz bei der Verbesserung: Inzwischen ist es mir gelungen, dieses Jugendstadium festzustellen, Bei dem früher erwähnten Patienten kam es zu einer neuen Attacke von Boeckschem Lupoid in ganz demselben Ausmaße als das erstemal. In den wenige Tage alten Infiltraten fanden sich neue massenhaft säurefeste Bazillen, der Charakter der Infiltrate war der der banalen Entzündung. Im selben Verhältnisse als die banal entzündlichen Erscheinungen von tuberkuloider Struktur abgelöst wurden, verschwanden die Erreger aus dem Gewebe. 14 Tage alte Herde zeigten die typische Boecksche Struktur, von Bazillen war jetzt nichts mehr aufzufinden. Die Beobachtung wird seinerzeit ausführlich mitgeteilt werden.

ihrem Eindringen in die Haut der Inaktivierung verfallen und sich demnach dortselbst während der längsten Zeit ihres Bestandes im avirulenten Zustand befinden. Daß von Haus aus schon tote Bazillen in die Haut eingeschwemmt werden, ist nicht wahrscheinlich; dagegen spricht vor allem das von mir einmal erzielte positive Inokulationsresultat beim Meerschweinchen; das Tier ist, wenn auch erst nach drei Monaten an allgemeiner Organtuberkulose zugrunde gegangen. Es kommt also nur die Auffassung in Betracht: lebendes, wenn auch wahrscheinlich von Anbeginn an nicht sonderlich aktives Bazillenmaterial wird auf hämatogenem Wege in die Haut eingebracht und hier nun bald völlig inaktiviert. Ob es sich hiebei um eine besondere, mehr empfindliche Varietät des Tuberkelbazillus handelt, oder ob das Virus in eine widerstandsfähigere, schwieriger nachweisbare Form übergeht, wie Boeck in seiner letzten Arbeit[1]) annimmt, kann dermalen nicht entschieden werden; immerhin wäre es ja möglich, gezwungen sind wir zu einer solchen Vorstellung durchaus nicht, um die eigenartigen Verhältnisse der Erkrankung dem Verständnis nahe zu bringen. Geradeso, wie wir das Zustandekommen irgendwelcher Tuberkulidformen nicht mehr auf eine Eigenart des Virus beziehen, sondern aus den eigentümlichen Immunitäts- und allergischen Zuständen der Haut, aus der Disposition des Individuums erklären, werden wir auch hier auf Derartiges das Schwergewicht zu legen haben. Der eigenartige Boden ist es, auf dem das Virus zur Entwicklung kommt, der uns in erster Linie als verantwortlicher Faktor für die Beeinflussung desselben erscheinen muß. Was alles dazu beiträgt, um das Terrain derartig zu gestalten, inwieweit hiefür insbesondere ein bestimmter allergischer Zustand der Haut von Bedeutung ist, darauf soll nicht eingegangen werden. Die Frage, wodurch der Virulenzzustand und das Proliferationsvermögen eines Virus im Gewebe überhaupt bestimmt oder beeinflußt wird, hat ja strenge genommen mit der Frage der tuberkuloiden Struktur direkt gar nichts zu tun. Beide Fragen hängen nur insoweit zusammen, als die Abtötung des Virus eine notwendige Voraussetzung für das Auftreten eines tuberkuloiden Granuloms darstellt, sonst aber handelt es sich um grundverschiedene Vorgänge.

Daß die Proliferationsperiode des Virus beim Boeckschen Lupoid eine nicht allzulange sein kann, daß die Inaktivierungsvorgänge von Seite der Haut bald zu vollem

[1]) Archiv f. Dermatolog. u. Syphilis. Bd. 121/16. pag. 707—741.

Erfolge führen und zwar allem Anscheine nach das gesamte, in einer Läsion aufgestapelte Bazillenmaterial ziemlich gleichzeitig proliferationsuntüchtig machen, geht, wie ich glaube, überzeugend auch aus der eigentümlichen Anordnung des tuberkuloiden Gewebes bei dieser Erkrankung hervor. Die Läsionen in der Kutis treten uns doch durchwegs als scharf begrenzte Herde entgegen. Man gewinnt den Eindruck, daß sich an den einzelnen Stellen, wo das Virus hingekommen ist, zunächst reichliches epitheloides Zellmaterial gebildet hat, daß die Herde relativ rasch angeschwollen sind, dabei das umgebende Gewebe zur Seite geschoben haben, ohne in ihm eine Reaktion auszulösen, daß aber dann plötzlich ein Stillstand in den Wachstumsvorgängen eingetreten ist, und deshalb irgendein weiteres Übergreifen auf das benachbarte Gewebe nicht mehr stattgefunden hat. Damit stimmt ja auch die klinische Beobachtung überein, daß die Erscheinungen auf der Haut relativ rasch zur vollen Entwicklung kommen — das entspricht der Proliferationsperiode des Virus — um lange Zeit unverändert persistent zu bleiben – der Eliminierungsvorgang des Virus bis zum völligen Schwunde desselben, bis zur Wegschaffung aller Zerfallsprodukte geht eben langsam vor sich, er dauert wesentlich länger als die Proliferationsperiode. Das gelegentliche Auftreten neuer Herde zu einer Zeit, wo das Exanthem schon voll entwickelt ist, oder die Vergrößerung bestehender Plaques nach der Peripherie, ist beim Boeckschen Lupoid, wie ich meine, durchwegs auf hämatogene Nachschübe des Virus zu beziehen, nicht auf örtliches Auswachsen des von der ersten Aussaat her im Gewebe noch restierenden Bazillenmaterials. Daß sich bei diesen neuerlichen Ausschwemmungen der Krankheitserreger in die Haut dieselben häufig gerade wieder in den früher schon betroffenen Bezirken ansiedeln, und so zu Vergrößerungen bestehender Plaques beitragen, hat nichts Auffälliges an sich. Schließlich müssen wir ja auch bei der ersten Aussaat mit einer gewissen Prädilektion bestimmter Hautstellen für die Aufnahme und Wachstumsförderung der Parasiten rechnen; so erklären sich ja doch nur die Lieblingslokalisationen irgendwelcher Dermatosen überhaupt, für das Boecksche Lupoid zum Beispiel das vorzugsweise Betroffensein des Gesichtes. Diese Prädilektion hat nun wohl für alle späteren Nachschübe des Virus ebenso Geltung. Ich glaube also, daß die gelegentlich zu beobachtende Vergrößerung von Herden des Boeckschen Lupoids auf Addition durch neue hämatogen entstandene Läsionen zu beziehen ist und nicht auf örtliches Auswachsen und dadurch Kon-



fluieren benachbarter Effloreszenzen. Gerade die scharfe Begrenzung der histologischen Läsionen, die ja das von Boeck immer wieder als besonders charakteristisch betonte klinische Symptom der streng umschriebenen miliaren Foci bei der diaskopischen Untersuchung eines Herdes bedingt, spricht, wie ich glaube, im besonderen dafür, daß ihre Vergrößerung nach der Peripherie eine recht beschränkte ist, und das kann nur mit der zeitlich sehr bald einsetzenden Inaktivierung des Virus zusammenhängen.

Ein Umstand erscheint nun noch von besonderer Bedeutung, nämlich: daß alle, bei einer Aussaat in die Haut eingedrungenen Parasiten offensichtlich ziemlich gleichzeitig inaktiviert werden, daß nicht für einzelne Gruppen derselben günstigere Wachstumsbedingungen im Gewebe gegeben sind, daß diese sich demnach länger erhalten und proliferatorische Fähigkeiten entwickeln können, wie wir solches beispielsweise bei jedem Lupus annehmen müssen. Denn doch nur so können wir erklären, daß im Lupus neben tuberkuloider Struktur mit Riesenzellen banal entzündliches Gewebe vorkommt, daß der Lupus meist unbegrenztes chronisches Wachstum verrät neben zentraler Abheilung und daß schließlich Übertragungsversuche auf Tiere fast ausnahmslos zu einem positiven Resultat führen. Vergleichen wir damit die Verhältnisse beim Boeckschen Lupoid, so ergibt sich gerade das Gegenteil: Entzündliche Strukturen fehlen hier, die tuberkuloiden Granulome sind in besonderer Reinheit entwickelt, Impfversuche fallen fast stets negativ aus und die Herde neigen durchwegs zur spontanen Involution. Gerade letzterer Umstand ist bemerkenswert, er ist eine natürliche Folge der reinen Epitheloidzellenstruktur und gehört deshalb mit zu den charakteristischen Eigentümlichkeiten dieses Prozesses. In welch hohem Maße diese spontane Rückbildungsfähigkeit dem Boeckschen Lupoid zukommt, zeigt wohl in besonders schöner Weise der oben mitgeteilte Fall. Es bedarf eigentlich kaum des Hinweises, daß ein im selben Maße entwickelter Lupus vulgaris niemals einer solchen Rückbildung fähig wäre.

Bei dieser an und für sich vorhandenen Neigung zur Involution erklärt sich nun auch die Wirkung des Arsens, die in solchen Fällen immer wieder gerühmt wird u. zw. im Sinne einer befördernden Resorption. Ich glaube durchaus nicht, daß man daraus auf eine gewisse Sonderstellung der Krankheitserreger schließen kann, wie Boeck dies tut, auf ein Virus, das durch Arsen vernichtet wird, woraus die Wirkung des As als spezifisch erscheinen würde. Es wäre wohl überhaupt verfehlt, diesem Einflusse zu viel

Bedeutung zuzuschreiben, leicht könnte hier das post hoc mit dem propter hoc verwechselt werden. Hätten wir in unserem Falle dem Kranken Arsen durch mehrere Wochen gegeben, so hätten wir die Wirkung desselben wohl in aller Form zu loben gehabt und doch wäre es ein Trugschluß gewesen. Die spontane Involution der Herde gehört mit zum Charakteristischen des Krankheitsbildes, sie ist geradezu ein integrierendes Symptom desselben, es liegt dies in der Natur des Prozesses, wie aus den bisherigen Ausführungen hervorgeht.

All' die erwähnten Umstände zusammengenommen, verleihen nun aber dem Boeckschen Lupoid meiner Meinung nach eine solche Besonderheit, daß sich dasselbe tatsächlich von allen anderen Tuberkuloseformen der Haut abgrenzt. Je mehr man durch Analyse der histologischen Struktur dieses Prozesses in das Wesen desselben eindringt, um so bestimmter wird man sich für seine Sonderstellung aussprechen müssen. Wenn ich seinerzeit den Standpunkt vertreten habe, daß die Boecksche Tuberkulose vom Lupus dadurch abgegrenzt sei, daß bei der ersteren alle Herde die bekannte von Boeck als typisch bezeichnete Struktur darbieten müssen, während beim Lupus immer auch banale Entzündungserscheinungen anzutreffen sind, so kann ich denselben heute nur noch in besonderer Weise betonen und wiederholen. Ich stimme mit Jadassohn und Herxheimer durchaus nicht überein, wenn sie hierin nur quantitative Unterschiedsgrade gegenüber dem Lupus erblicken wollen, denen keine prinzipielle Bedeutung beizumessen wäre. Die Versuche, histologisch und klinisch strenge Differenzierungen zwischen dem Boeckschen Lupoid und anderen Hauttuberkulosen zu begründen, sind meines Erachtens doch nicht so verfehlt, wie Jadassohn[1]) annimmt. Im Gegenteil, wenn wir die hier vorliegenden Strukturen von solchen Gesichtspunkten aus beurteilen, wie es im früheren geschehen ist, dann müssen wir zur Vorstellung kommen, daß im Boeckschen Lupoid eine ganz besondere Krankheitsäußerung vorliegt, die in jeder Hinsicht scharfe Differenzierungen gegenüber dem gewöhnlichen Lupus der Haut erkennen läßt. Und all' das Eigenartige der Erkrankung ist neben anderem gewiß hauptsächlich von einem Umstand abhängig, davon nämlich, daß das in das Gewebe eingedrungene Virus dortselbst bald rest-

[1]) Bericht über den XI. Kongreß der deutschen Dermatolog. Gesellschaft, pag. 72.

los inaktiviert wird. Nur dann, wenn dieses zutrifft, kann überhaupt die Tuberkulosis cutis Typus Boeck zu Stande kommen. Im allgemeinen scheint es ja ein sehr seltenes Vorkommnis zu sein. Für mich besteht kein Zweifel, daß unvergleichlich mehr Fälle dem Lupoid zugezählt werden, als je vorkommen. Darunter fallen einmal die Fälle, die histologisch überhaupt nicht untersucht, nur auf Grund der klinischen Erscheinungen dafür angesprochen worden sind. Allen diesen Mitteilungen kommt meiner Auffassung nach von vornherein wenig Beweiskraft zu. Das muß ich auch bezüglich der letzten Arbeit Boecks behaupten, da der Autor in seinen 14 Fällen nur 2 mal über die histolog. Untersuchung der Hautläsionen berichtet.

Dann zählen hieher jene Beobachtungen mit histologischer Exploration, die neben typischer Struktur im Sinne Boecks auch noch gewöhnliches Lupusgewebe oder überhaupt reichlich Entzündung erkennen lassen; gerade letztere werden immer als Zeugen dafür angeführt, daß zwischen Lupus und Lupoid fließende Ubergänge stattfinden. Ich selbst habe ja seinerzeit solche Beobachtungen mitgeteilt, dabei aber ausdrücklich betont, daß ich es für fehlerhaft halten würde, einen Fall, der nur abschnittsweise die Struktur des Lupoids darbietet, als Boecksche Dermatose zu bezeichnen. Daß in Fällen von echtem Lupus gelegentlich lupoide Struktur vorkommt, hat gar nichts Auffallendes an sich, ja man muß dies ja doch geradezu erwarten, das hängt mit der Abtötung des Virus zusammen. In dem Sinne bestehen zwischen Lupus und Lupoid tatsächlich histologische Übergänge. Aber deshalb ist ein Fall von Lupus, der solche zeigt, noch lange kein Boecksches Lupoid. Zu letzterem gehört die gleichartige Strukturentwicklung in allen Hautläsionen, eine Forderung, an der meines Erachtens unbedingt festgehalten werden muß, da ja damit das prägnante klinische Symptom der Spontan-Involution und Heilung des Prozesses in innigster Beziehung steht.

Nach diesem etwas längeren Verweilen bei der Frage des Boeckschen Lupoids, was aber kaum irgendwo mehr mehr Berechtigung haben kann als dort, wo von der tuberkuloiden Struktur überhaupt die Rede ist, wollen wir nun noch jene auffällige Tatsache einer kurzen Besprechung unterziehen, daß tuberkuloide Granulome der Haut im Gegensatze zu denen innerer Organe relativ selten zentrale Erweichung erfahren. Nehmen wir beispielsweise Lupusfälle der Haut her, oder jene luetischen Exantheme der Sekundärperiode, die tuberkuloide Struktur haben, schließlich auch die tuberkuloide Lepra, so ist ihnen allen eigentlich



der Mangel einer zentralen Nekrose charakteristisch. Es besteht gegenüber den Erkrankungslokalisationen an inneren Organen tatsächlich ein förmlich umgekehrtes Verhältnis: Was dort die Regel ist, erscheint hier als Ausnahme und umgekehrt.

Man wird nun nicht fehlgehen, wenn man diese auffällige Erscheinung gleichfalls mit den besonderen Lebensbedingungen der Krankheitserreger in der Haut in Beziehung bringt. Im allgemeinen sehen wir doch die Verkäsung der zentralen Anteile eines Tuberkels für den Ausdruck einer Zellschädigung an, welche durch die Stoffwechselprodukte der Parasiten und wohl auch durch die bei ihrem Abbau und ihrer Aufschließung freiwerdenden Giftstoffe bedingt wird. Die Vorstellung, daß der Tuberkel deshalb einer zentralen Nekrobiose verfalle, weil er gefäßlos sei (Virchow), ist längst verlassen. Es hängt die Verkäsung, insbesondere der Intensitätsgrad ihrer Entwicklung zweifellos von der Menge der Giftstoffe ab, die an Ort und Stelle vorhanden sind; und diese wiederum werden um so reichlicher sein, je günstigere Wachstumsbedingungen die Mikroben im Gewebe finden, je langsamer ihre Inaktivierung und ihre Eliminierung erfolgt. Alle diese Verhältnisse sehen wir nun im Gegensatz zur Haut in den inneren Organen besonders gegeben. Diese stellen ja doch im ganzen den weitaus besseren Nährboden für das Wachstum der Krankheitserreger dar. An dem Beispiel der Tuberkulose können wir dies im vollen Umfange ermessen.

Mit dieser Auffassung, daß der Mangel einer zentralen Erweichung aus der relativ geringen Aktivität der Bakterien seine Erklärung findet, stehen die Befunde durchaus im Einklang, welche wir dann immer erheben können, wenn die Epitheloidzellenstruktur in der reinsten Form zur Entwicklung gekommen ist, was aber den früheren Ausführungen gemäß einen völligen Inaktivzustand des Virus zur Voraussetzung hat. Ich verweise hier wieder auf die Verhältnisse beim Boeckschen Lupoid. Dort findet sich niemals zentrale Nekrose in den oft auch noch so umfänglichen Epitheloidzellherden. Hingegen läßt sich z. B. in den Herden eines Lupus follicularis acutus disseminatus geradezu gesetzmäßig zentrale Verkäsung verschiedenen Intensitätsgrades nachweisen.

Es ist diese Erscheinungsform der Hauttuberkulose meines Wissens nach überhaupt die einzige, bei welcher ein derartiges Vorkommnis zur Regel gehört.

Und wenn wir uns den Ablauf der Ereignisse bei ihrem Zustandekommen vergegenwärtigen, so verstehen wir



auch, warum es so sein muß. Aus der klinischen Beobachtung wissen wir, daß der Lupus acutus plötzlich in Erscheinung tritt — daher auch die Bezeichnung „acutus" — meist sind die zahlreichen Effloreszenzen mit ihrer Lieblingslokalisation im Gesichte innerhalb relativ kurzer Zeit voll entwickelt, nachher kaum einer wesentlichen Vergrößerung fähig, dafür aber recht persistent. Ihre Rückbildung erfolgt durchwegs erst spät, schließlich tritt aber doch völlige Involution ein. Entsprechend diesem klinischen Verlauf müssen wir ein Verhalten des Virus im Gewebe postulieren, das durchaus anderer Art ist als beispielsweise beim Lupus vulgaris. Auf hämatogenem Wege gelangen die Keime in die Haut und entfalten nun hier zunächst rege proliferatorische Tätigkeit. Ihr Wachstum ist ja gewiß kein schrankenloses, aber jedenfalls besitzt das Virus zunächst bedeutende Aktivität und vermehrt sich am Orte der Invasion. Dafür spricht auch die Tatsache, daß man in jungen Herden dieser Lupusform säurefeste Bazillen unschwer auffinden kann, wieder im Gegensatz zum Vulgaris, bei dem es ja bekanntlich reiner Zufall ist, wenn man einmal Bazillen im Schnitt antrifft. Diese Proliferationsphase des Virus erfährt aber schließlich ihre Begrenzung durch die Einwirkung der Abwehrkräfte von seiten des Gewebes, es kommt zur Inaktivierung und damit sind die Voraussetzungen für das Zustandekommen der tuberkuloiden Struktur gegeben. Das Wesentliche für die Entwicklung der zentralen Nekrose liegt nun meiner Vorstellung nach darin, daß in den Herden wegen der günstigeren Proliferationsbedingungen tatsächlich vielmehr Bazillen vorhanden sind, als in irgend einem gewöhnlichen Lupusherd, daß daher auch mehr abgebaut werden müssen, und daß aus all' dem zusammen eben jener, zur Schädigung im Sinne der Nekrose genügende Reichtum an Giftstoffen resultiert. Ich meine, gerade die Gegenüberstellung der beiden Tuberkuloseformen, des Boeckschen Lupoids und des Lupus acutus follicularis disseminatus dienen in bester Weise zur Illustrierung dieser Verhältnisse. Es läßt sich daraus mit voller Sicherheit ableiten, daß wir in einer gewissen Aktivität des Virus den hauptsächlichsten Faktor für das Zustandekommen von zentraler Erweichung in tuberkuloiden Herden zu erblicken haben. Und wo wir bei Erkrankungen der Haut mit solcher Struktur darauf stoßen, werden wir wohl immer wieder derartiges annehmen müssen. Schließlich paßt auch die klinische Symptomatologie dieser Fälle völlig zu einer solchen Vorstellung. Nehmen wir z. B. die gummösen Prozesse der Haut her, welche doch geradezu ein Paradigma für tuberkuloide Struktur mit Er-



weichung darstellen, so müssen wir hiebei auf ein recht aktives Virus schließen; der Verlauf der Erkrankung, insbesondere das peripherische Wachstum der Herde lassen eine andere Annahme überhaupt nicht zu.

Daß die Gummen durchwegs arm an Spirochäten sind, hann meines Erachtens nicht als Argument gegen eine solche Auffassung angesehen werden. Wir wissen ja vor allem noch gar nicht, ob die Spirochäte tatsächlich die einzige Erscheinungsform des Syphilisvirus ist, ob dasselbe nicht auch noch in anderer Gestalt vorkommt und ob nicht gerade bei den Tertiärformen ein solcher Generationswechsel aufgetreten ist. Vermutungen dieser Art (Dauerform der Spirochäte etc.) sind ja schon wiederholt laut geworden, schließlich fordern gewisse Analogien bei anderen Protozoen-Erkrankungen zu solchen Vorstellungen geradezu auf. Ich meine speziell die Verhältnisse bei der Leishmaniose, wie sie uns in der Aleppobeule entgegentritt. Hier gibt es bekanntlich auch zwei Entwicklungsformen der Parasiten, die sich morphologisch überhaupt nicht ähnlich sehen, die Zytozoenform, wie wir sie immer wieder im Gewebe als Zellschmarotzer finden, und die von den Zellen unabhängige freie Monadenform. Beide Formen sind imstande, sich zu vermehren, beide vermögen sicherlich verschiedene Gewebsreaktionen zu erzeugen, Übergänge von einer zu der anderen haben unter bestimmten Bedingungen statt. Die Zytozoenform ist die gewöhnliche, auf sie stoßen wir durchwegs in den Granulomen, sie ist uns daher auch das geläufige Bild.

Ganz ähnlich könnte es nun doch wohl auch mit den Spirochäten sein! Jedenfalls ist ein solcher Gedanke nicht völlig von der Hand zu weisen. Mag es auch dermalen noch reine Hypothese sein — gewisse Vorkommnisse in der Pathologie der Syphilis würden damit eine gute Erklärung finden. Später soll hierauf noch kurz zurückgekommen werden.

Aus all' den Tatsachen, die bisher angeführt wurden, ergibt sich nun wohl durchaus die Berechtigung für jene Auffassung über das Zustandekommen von tuberkuloiden Strukturen, wie sie eingangs präzisiert wurde; die mannigfach angeführten Beobachtungen lassen keinen Zweifel darüber aufkommen, daß tuberkuloide Granulome niemals an das Vorhandensein von proliferierendem Virus im Gewebe gebunden sind, sondern dort in Erscheinung treten, wo Bakterien abgebaut werden; man muß der Ansicht Lewandowskys völlig beipflichten, wenn er in der Hinsicht von einem biologischen Gesetz spricht.

Da nun aber die Verhältnisse so liegen, erscheint ein Vergleich des tuberkuloiden Granuloms mit dem Fremdkörpergranulom als durchaus zutreffend. Die Bakterien sind, wenn sie zur Entwicklung tuberkuloider Struktur Anlaß geben, ihrer aktiven Fähigkeiten tatsächlich beraubt, sie liegen im Gewebe als tote Masse, als eigenartiger Fremdkörper, wenn wir so sagen wollen, und können nur auf dem komplizierten Wege einer Gewebsreaktion im Sinne der Mobilisierung ganz bestimmter Zellelemente endgültig entfernt werden. Das tuberkuloide Granulom stellt



uns gewissermaßen das Werkzeug dar, dessen sich der Organismus bedient, um bestimmte Bakterien, die ihre Proliferationstüchtigkeit bereits eingebüßt haben, aus dem Gewebe zu eliminieren. Es kommt dabei durchaus das gleiche Prinzip zur Geltung, wie wir es bei der Unschädlichmachung irgendwelcher, ins Gewebe eingedrungener Fremdkörper immer wieder sehen.

Der Grund dafür, warum bei bestimmten Gewebsparasiten ein so komplizierter Eliminierungsmechanismus erforderlich ist und nicht auch hier, so wie bei anderen banalen Infektionen die Entkeimung des Gewebes auf dem Wege der leukozytären Phagozytose und Bakteriolyse erfolgt, ist nun zweifellos in ihrer eigenartigen Morphologie gelegen. Es kann kein Zufall sein, daß doch nur ganz bestimmte Bakterien fähig sind, tuberkuloide Granulome zu erzeugen — wenn auch nicht immer — und daß sie alle gewisse morphologische Besonderheiten darbieten. Fassen wir zunächst die Hauptvertreter der tuberkuloiden Struktur, Tuberkulose und Lepra ins Auge, so sehen wir, daß den Erregern dieser beiden Erkrankungen, die sich morphologisch vollkommen identisch verhalten. besonders resistente Hüllen um den Bakterienleib eigen sind. Diese Parasiten besitzen damit einen besonderen Schutz gegen schädigende Einflüsse, denen sie im Gewebe ausgesetzt sind, und es müssen von seite des Organismus besondere Kräfte aufgebracht werden, um ihrer Herr zu werden.

Ganz ähnlich liegen die Verhältnisse bei den Blastomykosen und bei der Leishmaniose. Auch hier finden wir an den Erregern morphologische Besonderheiten, insbesondere sind wieder Hüllsubstanzen vorhanden, die den Keimen in ganz ähnlicher Weise starke Resistenz verleihen werden, wie wir es bei den Tuberkelbazillen annehmen müssen. Und wenn wir die ganze Reihe der infektiösen Granulome mit tuberkuloidem Bau durchgehen, so stoßen wir immer wieder auf dasselbe. Nur eine Ausnahme gibt es eigentlich in der Richtung und das ist die Syphilis. Bezüglich der Spirochäten wissen wir kein morphologisches Moment anzuführen, das uns eine besondere Resistenz ihrerseits im Gewebe verständlich machen würde. Es ist weder etwas von einer Hüllensubstanz bekannt, noch gelten Spirillen überhaupt als widerstandsfähige Parasiten. In der Regel scheinen ja nun die Spirochäten im Gewebe tatsächlich rasch und ohne besonderer, komplizierte Organreaktion abgebaut werden zu können, eine irgendwie qualifizierte Widerstandsfähigkeit scheint ihnen demnach

im allgemeinen gar nicht eigen zu sein. Das können wir mit ziemlicher Sicherheit aus der Tatsache erschließen, daß es in der weitaus größten Zahl aller luetischen Haut- und Schleimhautläsionen, in denen sich bekanntlich Spirochäten oft reichlich genug vorfinden, nur zur Entwicklung ganz geringgradiger entzündlicher Erscheinungen kommt und daß alle diese Effloreszenzen eigentlich mehr oder weniger Neigung zur spontanen Abheilung erkennen lassen. Ich erinnere an die makulösen und an die überwiegende Zahl von papulösen Exanthemen. Banal entzündliche Veränderungen genügen also in der Regel, um die Krankheitskeime aus dem Gewebe zu entfernen, wenigstens einen großen Teil von ihnen, es bedarf hiezu nicht der Mobilisierung des um vieles komplizierteren Hilfsapparates, wie wir ihn im tuberkuloiden Granulom vor uns haben. Ein gutes Beispiel liefert uns hiefür ja auch die Sklerose. Wenn wir ihre Entwicklung verfolgen, so sehen wir, wie im Verhältnis zur Anreicherung des Virus im Gewebe die entzündlichen Erscheinungen zunehmen, bis ein gewisses Höchstmaß erreicht ist, dann beginnt der Abbau der Parasiten, aber nicht unter Entwicklung von tuberkuloider Struktur; und im gleichen Schritt als die Spirochäten weniger werden, bilden sich die entzündlichen Veränderungen zurück, schließlich heilt der Prozeß mit Narbe aus, die allerdings noch lebensfähige Reste des Virus enthalten kann. Der Modus, nach welchem die Krankheitserreger hier vernichtet werden, unterscheidet sich grundsätzlich in nichts von dem, wie wir ihn bei jedem anderen, subakut verlaufenden Infektionsprozeß der Haut kennen. Gerade aus diesen Verhältnissen bei der Sklerose ist meiner Ansicht nach mit Sicherheit zu ersehen, daß die Entwicklung tuberkuloider Granulome nicht zu dem Eigenartigen der Spirochäten gehören kann, daß zu ihrer Entfernung aus dem Gewebe vielmehr banal entzündliche Reaktionen in der Regel genügen.

Damit sind aber die Verhältnisse hier gegenüber jenen bei der Tuberkulose beiläufig gerade umgekehrt. Dort ist die tuberkuloide Struktur das Gewöhnliche, daß die Erreger auf dem Wege der akuten Entzündung eliminiert werden, die Seltenheit. Und wenn dieser Modus in Erscheinung tritt, deklariert er sich stets in der stürmischesten Form, es kommt durchwegs zur Gewebsnekrose, zur Eiterung; das Entfernungsprinzip der Bazillen ist unter diesen Bedingungen eigentlich ein rein mechanisches, die Bakterien werden in toto mit dem nekrotischen Gewebe ausgestoßen, ohne daß sie in größter Zahl vorher aufgeschlossen worden wären. Deshalb können wir ja auch im Eiter die Bazillen meist leicht auffinden, ganz im Gegensatze zu den Verhältnissen bei jenen Gewebsprodukten, die bei dem zweiten möglichen Abbauverfahren, bei dem des tuberkuloiden Granuloms, zur Entwicklung kommen.

Bei der Syphilis ist dio Wegschaffung der Krankheitskeime auf dem Umwege des tuberkuloiden Granuloms die Seltenheit, ihr Abbau mittels banal entzündlicher Vorgänge die Regel, und auch dabei kommt es meist zu keinen besonders stürmischen Entzündungserscheinungen. Daß Vereiterung oder Gewebsnekrose auftritt, ist verhältnismäßig eine Rarität. In der weitaus überwiegenden Zahl bleibt die Entzündung in loco der Spirochäten auf mäßiger Höhe und bildet sich ohne jedes Residuum zurück. Erfolgt einmal Nekrose im Bereiche des Infiltrates, wie wir es beispielsweise in den Formen der ulzerösen-malignen Syphilis, oder in den pustulösen Exanthemen zu sehen Gelegenheit haben, dann können wir, wieder gegensätzlich zu den analogen Verhältnissen bei Tuberkulose, in dem Eiter Krankheitserreger entweder überhaupt nicht oder nur nach langem Bemühen in sehr spärlicher Zahl auffinden. Dabei müssen wir aber doch annehmen, daß so schwere Läsionen nur dort zustande kommen können, wo das Virus schrankenlos wächst, wo daher eine entsprechende Anreicherung desselben im Gewebe erfolgt; man sollte also erwarten, daß in diesen Krankheitsäußerungen Spirochäten leicht und in großer Zahl festzustellen wären — das Gegensätzliche gegenüber den Verhältnissen bei Tuberkulose kommt damit in besonderer Weise zum Ausdruck.

Nun entsteht wohl von selbst die Frage, warum benötigen die Spirochäten, die im Gewebe durchwegs in so einfacher Weise unschädlich gemacht werden können, in deren Eigenart also eine besondere Resistenz gar nicht gelegen ist, plötzlich einen so komplizierten Abbaumechanismus, wie er uns in jenen Fällen entgegentritt, wo es zur Entwicklung tuberkuloider Strukturen gekommen ist, wie beispielsweise beim Lichen syphiliticus oder bei den gummösen Prozessen? Meiner Ansicht nach sind hiefür zwei Erklärungen möglich. Entweder erfährt die Spirochäte auf dem eigenartigen Boden, den wir in solchen Fällen anzunehmen haben, eine Erhöhung ihrer Resistenz, so daß die gewöhnlichen Abwehrkräfte zu ihrer Eliminierung nicht mehr ausreichen, oder es tritt direkt ein Generationswechsel ein, nach Art, wie er bei Protozoen sonst vorkommt; diesen „Umwandlungsformen" der Spirochäten hätten wir eine solche Resistenz zuzuschreiben, daß ihr definitiver Abbau eben wieder nur unter Zuhilfenahme eines tuberkuloiden Granuloms vor sich gehen kann.

Die Annahme einer derartigen Formänderung des Virus hat meines Erachtens vielmehr für sich, als die einer Resistenzerhöhung. Gegen letztere spricht schon vor allem der Umstand, daß dort, wo man solch' widerstandsfähige Spirochäten erwarten sollte, in der Regel überhaupt keine, oder dieselben nur sehr spärlich zu finden sind; sie hätten daher mit der erhöhten Resistenz ihre gewöhnliche Darstellungsfähigkeit eingebüßt!

Unter Zuhilfenahme der Hypothese von einem Generationswechsel des Virus hingegen erfahren all' die früher erwähnten Fragen ungezwungene Erklärung, und auch noch



andere Tatsachen aus der Pathologie der Syphilis, so beispielsweise die Frage des Latenzstadiums. Wir hätten uns bezüglich der tuberkuloiden Struktur vorzustellen, daß dieselbe immer dann zur Entwicklung kommt, wenn die Spirochäten eine Umwandlung zur resistenteren Form im Gewebe durchgemacht haben. Es braucht aber, ganz analog wie bei der Tuberkulose nicht immer, wenn dieser Zustand des Virus vorliegt, zu einem tuberkuloiden Granulom zu kommen, sondern es kann dieses resistente Virus gelegentlich einmal auch auf dem Wege der akuten Eiterung eliminiert werden. Das wäre bei den Fällen der pustulösen und der ulzerös-malignen Lues; diese würden damit das ganz analoge zur akuten Miliartuberkulose der Haut darstellen. Die früher erwähnten Differenzen in den Befunden beim Nachweis der Krankheitserreger (große Zahl derselben in dem tuberkulösen Eiter — völliger Mangel oder spärliches Vorkommen im syphilitischen) würden vielleicht im selben Augenblick ihre Erledigung finden, wenn uns diese Generationsform der Spirochäten bekannt wird. Jedenfalls ist aber dermalen schon durch die Annahme, daß die Spirochäten gar nicht das Hauptagens für diese schweren Prozesse darstellen, die Tatsache erklärt, daß wir in den Erscheinungen dieser Art meist nur spärlich Spirochäten auffinden können, zu mindesten nicht in jener Reichlichkeit, wie wir es erwarten müssen. Daß einzelne Spirochäten nach langem Suchen immer wieder festzustellen sind, kann nichts gegen die Annahme eines solchen Generationswechsels bedeuten. Es erfahren eben nicht alle Keime eine derartige Umwandlung, sondern nur die Hauptmasse. Wir hätten diesbezüglich mit einem ähnlichen Faktum zu rechnen, wie wir es früher bei der Tuberkulose kennen gelernt haben; auch dort werden in der Regel nicht alle Keime gleichzeitig inaktiviert; einzelne behalten ihre Proliferationsfähigkeit, während andere zugrunde gehen und damit zur Entwicklung des tuberkuloiden Granuloms Anlaß geben. Nur so können wir uns ja das gleichzeitige Fortschreiten des Prozesses neben Produktion von tuberkuloidem Gewebe in ein und demselben Lupusherd erklären. Und mit ganz ähnlichem wird man auch beim Syphilisvirus zu rechnen haben. Unter bestimmten Verhältnissen wandeln sich die Spirochäten im Gewebe zur supponierten Dauerform, wie wir sie nennen wollen, um, aber nicht alle; einzelne Exemplare behalten ihre Art bei, gerade sie sind aber dann für die Art der Hautläsion nicht der maßgebende Faktor. Der Unterschied gegenüber den Verhältnissen bei der Tuber-



kulose liegt nur darin, daß sich bei ihr die Beeinflussung des Virus durch die Eigenart des Terrains in einer entsprechenden Inaktivierung ausdrückt, während die Spirochäten darauf mit Aufgabe ihrer Morphe antworten, sich in eine Form umwandeln, die gegenüber den schädigenden Einflüssen eher zu persistieren in der Lage ist und sie dadurch zunächst noch der definitiven Eliminierung zu entziehen weiß. Das hängt wohl damit zusammen, daß die Spirochäte eben ein ganz anderes, höher organisiertes Lebewesen darstellt als der Tuberkelbazillus.

Wenn wir uns zum Schlusse noch fragen, welche Umstände dafür ausschlaggebend sein werden, daß die Spirochäte in dem einen Falle ihre Form beibehält, ein anderes Mal hingegen sich in die supponierte Dauerform umwandelt, so werden wir auch hier wieder auf alle jene Faktoren zu rekurrieren haben, welche uns in ihrer Summe sonst als maßgebend dafür erscheinen, daß ein bestimmtes Terrain zustande kommt. Individuelle Disposition, eigenartige Immunitätsverhältnisse und allergische Reaktion des Gewebes werden im Zusammenwirken hiefür den Ausschlag geben. Nach welchen Gesetzen sich speziell die zwei zuletzt erwähnten Faktoren richten, ist hier noch durchaus nicht so eindeutig aufgeklärt, wie für die analogen Verhältnisse bei der Tuberkulose. Diesbezüglich harren noch manche Geheimnisse ihrer definitiven Lösung.

Diskussion. Herr *Paltauf* bespricht insbesonders die Struktur bei der Tuberkulose. Er sieht einen Hauptfaktor für die Struktur der histologischen Bildung in der Art des Stammes der Tuberkelbazillen und erinnert an die Arbeiten von Groß und Volk, die beim Affen auch nur mit bestimmten Stämmen Krankheitserscheinungen an der Haut erzeugen konnten.

Ausführlich beschäftigt sich Paltauf mit der Frage der Fremdkörperwirkung. Er erinnert an einen von ihm seinerzeit beobachteten Fall eines sehr chronisch verlaufenden Prozesses am Unterschenkel im Anschluß an eine Raupendermatitis. Der Krankheitsherd zeigt deutliche Progression und sind im Fremdkörpergranulom teilweise noch die Raupenhaare erkennbar, später aber von denselben keinerlei Reste mehr festzustellen. Er führt an dieser Stelle die Fremdkörperbildung auf die noch vorhandene Kieselsäure zurück. Bezüglich der Riesenzellen glaubt Paltauf, daß sie nicht nur von den Epitheloidzellen sich herleiten, sondern auch durch Wucherung von Endothelzellen als Reaktion auf an den Gefäßwänden haften bleibende Partikel zurückzuführen sind. Er weist insbesonders auf Riesenzellenbildung im Hoden hin, wo die Entstehung aus Epitheloidzellen gewiß nicht vorkommt.

Riehl. Herr *Kyrle* hat in seinem ausgezeichneten Referat auf die schon von vielen Beobachtern vorher erwähnte auffallende Übereinstimmung der Struktur der sogenannten Fremdkörpertumoren und der tuberkuloiden Infiltrate, die wir bei so vielen infektiösen Krankheiten der Haut begegnen, neuerdings hingewiesen. Diese Übereinstimmung geht so weit, daß man wohl von Identität des histologischen Bildes sprechen kann. Der Nachweis tuberkuloiden Baues einer Hautveränderung berechtigt demnach

keineswegs zur Schlußfolgerung auf eine bestimmte ätiologische Diagnose. Genaueres Eingehen auf die Art der Fremdkörperwirkung kann meiner Ansicht nach in gewissen Beziehungen Aufklärung bringen, und ich möchte nur auf diesen Punkt hier näher eingehen. Wiewohl fast jeder Dermatologe gelegentlich Fremdkörpertumoren histologisch untersucht hat, wäre es doch wünschenswert und gewiß ein dankbares Thema, Fremdkörperwirkung methodisch und namentlich experimentell zu untersuchen. Meine eigenen Untersuchungen erstrecken sich zwar auf eine größere Reihe, sind aber auch mehr gelegentliche Befunde und nur durch spärliche Experimente ergänzt.

Die durch Fremdkörper erzeugte Gewebsreaktion ist ja bekanntlich je nach der Intensität und Art der Reize, die sie ausüben, sehr verschieden. Viele derselben erregen mehr minder häufig akute Entzündungserscheinungen, die mit Eiterung und Nekrosen des Gewebes enden können und zur Eliminierung des Corpus alienum führen. Andere Fremdkörper erregen das umgebende Kutisgewebe in so geringem Grade, daß sie lange Zeit oder dauernd im Gewebe verweilen können. Oft finden wir solche Fremdkörper nur von einer Zone narbigen Bindegewebes umschlossen jahrelang unverändert liegen. Uns interessiert hier zumeist die Gewebsreaktion, welche zwischen diesen Extremen liegt und zur Bildung mehr minder intensiver Zellenwucherung von charakteristischem Bau (Epitheloide, Riesenzellen) führt. Die sogenannten Fremdkörpertumoren bestehen aus derartigen, in großer Masse angehäuften Geweben. Weit häufiger als diese auffällige Tumorenbildung finden wir, daß tuberkuloide Gewebe als nur mikroskopisch nachweisbare Bildungen sich um Fremdkörper (Seidenfäden, Katgut etc.) entwickeln und als mehr minder zufällige Befunde bei der histologischen Untersuchung gefunden werden. Die Lebensdauer der Fremdkörpertumoren, als deren Paradigma wir die Tumoren im Ohrläppchen oder nach laienhaft vorgenommenen Morphiuminjektionen ansehen können, erstreckt sich nicht selten über Monate und Jahre. Wir sehen sie langsam schrumpfen, in narbiges Gewebe übergehen. Der Verlauf hängt zum Teil von der Natur des Fremdkörpers ab — ist letzterer der Resorption, Auflösung oder Elimination verfallen, dann schwindet auch das tuberkuloide Gewebe. Häufig wird aber dieser Verlauf durch gelegentliche akute Reizerscheinungen unterbrochen, die zu entzündlichen Erscheinungen, zu Eiterung, Nekrosen des ganzen oder eines Teiles des Infiltrates führen können. Ja es gibt durch Fremdkörper hervorgerufene Hautaffektionen, wo alle diese Phasen regelmäßig nebeneinander angetroffen werden und solche, welche die Begleiterscheinungen ätiologisch andersartiger Veränderungen bilden.

Wenn man Reihen von Fremdkörpertumoren untersucht, so fällt zunächst auf, daß Natur und Art des Fremdkörpers geringen Einfluß auf Gestaltung der Gewebsalterationen ausüben und die meisten Fremdkörpertumoren einen gleichförmigen Bau aufweisen. Ob tierische, pflanzliche oder aus dem Mineralreich stammende Stoffe, ja selbst Teile des eigenen Organismus (Haare, Wurzelscheiden, Epidermisschollen, Schweißdrüsenfragmente, nekrotisches Bindegewebe) den Ausgangspunkt für diese Gewebswucherungen bilden, das histologische Bild zeigt, abgesehen von den oben erwähnten akuten entzündlichen Erscheinungen, immer denselben Charakter. Größe und Gestalt der Fremdkörper spielen eine nebensächliche Rolle. Nähnadeln, Schrotkörner, Glassplitter, Holzspäne, pflanzliche und tierische Stacheln und Haare, Seidenfäden etc., also relativ umfangreiche Körper, üben denselben Effekt aus wie Fremdkörper in feinsten Körnchen bis an die Grenze der mikroskopischen Warnehmbarkeit herab. Dasselbe gilt von der Form der Fremdkörper.

Von wesentlicher Bedeutung für den Verlauf erscheint das Verhältnis der Löslichkeit oder Unlöslichkeit der Fremdkörper in den Ge-



webssäften und ihre eventuelle chemische Einwirkung. Kohle, Graphit, Ruß, Schießpulver, Metallsplitter, Glas, Paraffin, Vaseline etc. als chemisch nicht oder kaum irritierende Körper finden wir häufig als Erreger des tuberkuloiden Gewebes. Bei anderen Fremdkörpern, Haaren und Stacheln von Pflanzen und Tieren, bei Körpern, die Industriearbeitern in die Kutis einzudringen pflegen, spielen chemische Reize eine große Rolle.

Es geht aus diesen Beobachtungen zunächst hervor, daß es gleichgültig ist, ob der erregende Fremdkörper in das Protoplasma der einzelnen Zellen eingedrungen ist, oder ob er zwischen den Zellen gelagert ist, denn wir sehen, daß die Größe des Fremdkörpers keine wesentliche Rolle spielt. Haartrümmer von 1 *cm* Länge und ähnliches erzeugen genau dieselbe Gewebsproliferation, wie sie z. B. durch feinste Metallniederschläge provoziert wird. Bei von außen eingedrungenen Fremdkörpern mag es vielleicht nicht immer mit Sicherheit zu bestimmen sein, welche Rolle den etwa zertrümmerten oder verletzten Zellen zukommt, bei Fremdkörpern aber, die aus der Haut selbst stammen, kann man den intrazellulären Reiz wohl ausschließen, da ja auch die Voraussetzung, daß kleine Partikel größerer Fremdkörper vom Zellprotoplasma phagozytär aufgenommen werden, für viele Fälle nicht zutrifft, z. B. bei Haaren, Seidenfäden, Glas, Porzellan. Der Angriffspunkt des Fremdkörperreizes ob in- oder außerhalb der Zellen, ist demnach für die Entstehung des tuberkuloiden Gewebes nicht von wesentlicher Bedeutung. Wichtiger erscheint die zweite Frage, die sich uns aufdrängt, welche Rolle der chemische Reiz bei der Entstehung des tuberkuloiden Gewebes ausübt. Wir sind ja gewohnt, den Einfluß der pathogenen Mikroorganismen hauptsächlich auf die von ihnen gebildeten Stoffwechselprodukte, Toxine etc. zu beziehen.

Prüfen wir die Verhältnisse bei den Fremdkörpertumoren, so finden wir neben Fremdkörpern, welche eventuell chemisch zu reizen vermöchten, auch eine große Reihe solcher, denen diese Eigenschaft fehlt, chemisch indifferente und in den Gewebsflüssigkeiten unlösliche Substanzen, die gleichwohl die identische Gewebsreaktion hervorrufen.

Von Fremdkörpern ausgehende chemische Reize scheinen dagegen auf Art und Intensität der entzündlichen Vorgänge bestimmenden Einfluß auszuüben. Wir müssen also doch für die Entstehung von Fremdkörpertumoren in Form von tuberkuloidem Gewebe die chemische Reizwirkung als unwesentlich bezeichnen. Einwirkung von gelösten, mehr minder stark irritierenden Körpern auf die Haut erzeugt Entzündung verschiedenen Grades, eventuell sogar Gewebsnekrose, aber normal tuberkuloides Gewebe selbst dann nicht, wenn solche Lösung an der gleichen Hautstelle wiederholt eingebracht wird. Sehr instruktiv sind in dieser Beziehung die Befunde an Gichtknoten, die ja auch tuberkuloide Struktur aufweisen. Im jungen Gichtknoten sieht man primär die Urate in Kristallform in das Kutisgewebe eingelagert und bald von epitheloiden und Riesenzellen umgeben, manchmal Kristallnadeln in das umgebende gesunde Kutisgewebe ausschießend. Kommt es im Gichtknoten stellenweise zur Lösung der Kristalle, so schwindet auch das tuberkuloide Gewebe. In älteren, ruhenden Gichtknoten sahen wir die Uratmassen von nur narbigen Bindegewebskapseln umschlossen, an deren Innenfläche noch teilweise Riesenzellen zu finden sind. Injektionen von Lösungen harnsaurer Salze in die Kutis haben uns immer nur Entzündungserscheinungen, aber keine tuberkuloide Struktur ergeben.

Wir finden also bei Vergleich der so variablen Fremdkörper, daß weder Form, Größe noch chemische Beschaffenheit uns die eigentümliche Gewebsreaktion zu erklären vermögen, und es bleibt wohl nur die eine Eigenschaft, die alle Fremdkörper besitzen, die des **festen** Körpers als die in allen Fällen in Betracht kommende Ursache übrig. Fremdkörper-

tumoren müssen wir demnach als das Resultat der mechanischen Einwirkung auf das Bindegewebe ansehen.

Vergleichen wir nun vom Standpunkte dieses Ergebnisses aus die Fremdkörpertumoren mit den tuberkuloiden Knoten der bekannten Infektionskrankheiten, so können wir in vieler Beziehung eine auffallende Analogie feststellen, die sich nicht bloß auf den Bau der Infiltrate, sondern auch auf ihre Ursache bezieht.

Tuberkelbazillen, Trichophytonpilze, Aktinomykes, Leprabazillen, Psorospermien und andere Organismen verschiedener Art erzeugen die gleichen Gewebsveränderungen wie die Fremdkörper, trotzdem die von ihnen gebildeten Stoffwechselprodukte sich sehr weit von den variablen chemisch irritierenden Stoffen der Fremdkörper entfernen und auch bei den einzelnen Mikroorganismen verschieden sind. Nicht bloß lebende Organismen, sondern auch abgetötete, die vitalen Stoffwechselprodukte nicht mehr produzierenden Organismen üben den gleichen Effekt auf das Gewebe aus. Alle diese Organismen haben mit den Fremdkörpern die eine Eigenschaft gemeinsam, daß sie feste Körper darstellen und sind daher befähigt, Fremdkörpertumoren hervorzurufen. Mit der Einbringung von Stoffwechselprodukten der genannten Mikroorganismen in die Haut läßt sich tuberkuloides Gewebe experimentell nicht erzeugen. Die wenigen Angaben, die dieser allgemeinen Erfahrung scheinbar widersprechen, finden vielleicht in irgendwelchen Versuchsfehlern ihre Erklärung. Ich möchte auf verschiedene Momente hinweisen, die die gelegentliche Entstehung von tuberkuloidem Gewebe nach Injektionen von gelösten Körpern zu erklären imstande sind. Zunächst auf den Umstand, daß es nicht sicher erwiesen ist, ob die verwendeten Toxinlösungen nicht noch einzelne Bakterien oder Trümmer derselben enthalten haben. Weiters: Lösungen, die nicht sofort zur Resorption gelangen, scheiden unter der Einwirkung des umgebenden Gewebes nicht selten Niederschläge ab, die dann als Fremdkörper mechanisch einwirken können.

Nicht selten wirken nekrotisch gewordene Gewebsteile als Fremdkörper und erregen tuberkuloide Wucherungen. Kleine Nekrosen treten nach Injektionen von einzelnen Mitteln häufig auf, auch in Fällen, wo die entzündliche Reizwirkung eine klinisch nur geringe gewesen ist. Abgesehen von Salvarsan habe ich nach Kalomel, Sublimat und anderen Injektionen kleinere oder größere nekrotische Gewebspartien des öfteren als Ausgangspunkt von Fremdkörpertumoren gefunden. Ich möchte bei dieser Gelegenheit darauf hinweisen, daß namentlich das subkutane Fettgewebe leicht zu Nekrosen neigt und gegenüber chemischen Einwirkungen weit weniger widerstandsfähig ist als das derbe Kutisgewebe. Diese allen Klinikern bekannte Tatsache hat ja zu der Regel geführt, daß man womöglich Injektionen in das Fettgewebe vermeidet. Die Tatsache, daß tuberkuloide Gewebe im Panniculus adiposus sich besonders häufig vorfindet, mag mit der größeren Empfindlichkeit des Fettgewebes im Zusammenhang stehen.

Es erscheint auffällig, daß bei der Syphilis tuberkuloides Gewebe relativ selten und nur bei gewissen Erscheinungsformen angetroffen wird. Aus der Sekundärperiode sind es die lichenoiden Papeln, wo man solches häufig findet. Aber auch ätiologisch andere Erkrankungen der Lanugobälge weisen den tuberkuloiden Bau fast regelmäßig auf, so der Lichen scrofulorosum, die Keratosis follicularis rubra und gar nicht selten die Lichen pilaris-Knötchen der gewöhnlichen Ichthyosis. Bei jungen Efflorenszenzen des Lichen syphiliticus sahen wir das zarte Zelleninfiltrat dem Gefäßnetz des Haarbalges entsprechend, zylinderförmig die Wurzelscheiden umgeben, ohne epitheloide und Riesenzellen. Erst im späteren Stadium der Lichen syphiliticus-Effloreszenz findet sich tuberkuloides Gewebe, wenn bereits beträchtliche Störungen in der Ernährung der äußeren



Wurzelscheide aufgetreten sind und diese stellenweise verhornt in das Infiltrat hineinragt, ganz ähnlich wie bei Lichen pilaris-Knötchen, wo die verhornten Wurzelscheiden als Fremdkörper wirken. Die zweite Form des syphilitischen Infiltrats, bei welcher tuberkuloide Gewebe vorgefunden werden, ist das Gumma. Bei Gumma treten aber regelmäßig Nekrosen der zentralen Anteile auf und es ist möglich, daß die Fremdkörper-Riesenzellenbildung mit dieser Nekrose ursächlich im Zusammenhange steht. Ob die Spirochaeten selbst als Fremdkörper im Sinne der mechanischen Einwirkung in Wirksamkeit treten können, soll dabei unerörtert bleiben.

Ich möchte meine Ansicht dahin zusammenfassen, daß alle tuberkuloiden Gewebe ihrem Wesen nach als Fremdkörpereffekte zu bezeichnen sind, seien sie nun durch mineralische, pflanzliche oder tierische Körper oder auch durch lebende Organismen ausgelöst. Der Einfluß physikalischer, resp. mechanischer Reize, der sich uns in klinischen Bildern alltäglich präsentiert, wird in der Pathologie gewöhnlich unterschätzt oder ganz vernachlässigt, obwohl wir ganz gut wissen, daß mechanische Reize Gewebsproliferationen verschiedener Art, Hypertrophien, Schwielen, Entzündungsformen aller Grade, Exsudationen, ja selbst Nekrose herbeiführen können. Ich will damit die Bedeutung der Stoffwechselprodukte der Bakterien keineswegs unterschätzen, glaube vielmehr, daß ihre Einwirkung die wesentliche Ursache für die Differenzen der klinischen Bilder abgibt, welche die Gruppe der Krankheiten mit tuberkuloidem Bau mit ziemlicher Konstanz aufweisen.

Nobl. Herr *Kyrle* hat in dankenswerter Bereitschaft die in ihrem Vorwurf weit ausgreifende, schwierige Aufgabe unternommen, die tuberkuloiden Strukturen der Haut in ihren Wesenszügen zu erörtern und ihrer Mannigfaltigkeit dem Verständnis näher zu bringen. Wenn hiebei seine tief schürfende Eigenerfahrung und das Ergebnis seiner Experimentalforschungen in der Besprechung zu leitender Verwertung gelangte und der äußerst klaren Darstellung des Wissensstandes ein subjektives Gepräge verlieh, so soll dies keineswegs als Vorwurf gedeutet werden. Wird doch mit einer so entschieden formulierten Stellungnahme der auslösende Auftakt zum Meinungsaustausch gegeben und die Betonung abweichender Ansichten möglich gemacht. Herr Kyrle faßt bei der Beurteilung der uns interessierenden Hautreaktionen, die wir in ihrer Summe doch als Äußerungen von Infektionskrankheiten verschiedener Herkunft auslegen müssen, die individuelle Disposition, das Keimverhältnis und die Immunitätsreaktion des Organismus ins Auge und gelangt zu der dominierenden These: daß aus dem pathologisch-anatomischen Substrat allein, ein bindender Schluß auf die auslösenden Faktoren nicht zulässig sei. Auf dieser Linie werden wir ihm restlos Gefolgschaft leisten, denn es sind das Feststellungen, die in systematischer Verfolgung der verschiedenen Prozesse und ihrer geweblichen Grundlage sich zwingend ergeben haben. Nicht so einfach können wir uns das Wechselspiel zwischen Masseninvasion der Keime, Bazillenarmut und abgestorbenen Mikrobenbeständen einerseits und Gewebsnekrose, Homogenisierung und persistierendem Granulom andererseits am Standort der Hautveränderungen vorstellen. Ich glaube nicht, daß embolisch in die Haut gelangte lebensschwache und daselbst gänzlich zu Grunde gegangene Krankheitserreger noch eine solche Aktionsbreite besitzen, daß sie mächtige Geschwulstbildungen zustande bringen. Gerade für die in erster Linie in Frage kommenden kutanen Äußerungen der Tuberkulose hat der Standpunkt sich durchgesetzt, daß es sich bei ihnen durchwegs um virulente Bazillosen handle, d. h. um Abwehrerscheinungen der Gewebe gegen das lebend eingedrungene und ortsständig sich vermehrende Virus. Im Einklang mit dieser Anschauung müssen auch gewisse Wachstumsformen und ihre Rückbildungstypen auf am Orte



der Invasion lebensfähig gebliebenes, wenn auch langsam sich vermehrendes Keimmaterial bezogen werden. Herr Kyrle hat aus dem reichen Formenkreis tuberkuloider Strukturen, die zur Kochschen Bazillose mit mehr oder minder ausreichender Berechtigung in ursächliche Beziehung gebracht werden, meines Erinnerns nur das Boecksche Lupoid und den disseminierten Follikularlupus herangezogen. Gleich die erste Form, das benigne Miliärlupoid oder Sarkoid Boecks liefert genügende Anhaltspunkte für die Auffassung, daß mit der hämatogenen Keimaussaat in die Kutis die Wachstumsgrenze der Hautgeschwülste nicht begrenzt erscheint; vielmehr von dem proliferationsfähigen Virus aus, noch marginale Ansätze erfolgen können. An einem besonders prägnanten Falle des großknotigen, über den ganzen Körper disseminierten Lupoids habe ich an faustgroßen Schenkeltumoren die zentrale Rückbildung zu gelblichen gefäßdurchsetzten, fein atrophischen Flecken verfolgen können, während an den Außenrändern in serpiginöser Konturierung die resistenten, feinschilfernden plateauartig erhabenen Infiltrate an Ausdehnung zunahmen. Diese regionäre Apposition habe ich während einer mehrmonatigen Beobachtungsdauer verfolgen können. Die Kranke, eine 34jähr. Frau, stellte ich am 8. Juni 1917 in der Gesellschaft der Ärzte vor und nach mehreren Monaten in unserer Vereinigung (November-Sitzung 1917). Wenn ich Herrn Kyrle richtig verstanden habe, scheint er gerade dem Lupoid Boecks eine gewisse Sonderstellung in dem Sinne einzuräumen, daß die typische Strukturform auch in ätiologischer Hinsicht einen Schluß gestattet. Er betont die fast analogielose Gruppierung scharf umgrenzter Epitheloidzellherde im Kutangerüst bei Fehlen sonstiger entzündlicher Begleiterscheinungen und meint in dieser histologischen Charakteristik doch eine gewisse Handhabe für die tuberkulöse Natur des Prozesses erblicken zu können. Diese Deutung unterstützt das uns bekannte Kyrlesche Impfexperiment. Im Laufe der Jahre habe ich das benigne Miliärlupoid fünfmal in typischen Repräsentanten der klein- und großknotigen, sowie diffus infiltrierenden Form zu beobachten und zu untersuchen Gelegenheit gehabt. Den ersten Fall, eine 25 Jahre alte Kranke, stellte ich in der dermatologischen Gesellschaft im Jahre 1909 vor (Wien. Klin. W. 1909), Nr. 38), er ist in der Ikonographia dermatol. Fasc. VI. 1912 beschrieben. Bei dieser Kranken und drei weiteren Patienten waren die Prädilektionsorte des Gesichtes befallen. Im fünften, vorhin erwähnten Fall war die disseminierte Ausstreuung mit Verschonung des Gesichtes über dem ganzen Körper zu verfolgen. In allen diesen Fällen war die schon von Boeck als pathognostisch bezeichnete Herdbildung von entzündlichen Begleitphänomenen freier Epitheloidzellmassen zu vermissen. Stets waren randständig und auch in die Nester hineinragend entzündliche Infiltrate zu verfolgen, die in perisvaskulärer Anordnung auch das verdrängte Kollagengerüst durchsetzten. In besonders reichem Maße war das polymorphe Granulationsgewebe im letzten Falle vertreten und zwar in übereinstimmender Gleichmäßigkeit in den verschiedensten Knotenbildungen und den in mehrmonatigen Intervallen untersuchten Sektoren. Es kann meines Erachtens auch für dieses zweifellos infektiöse Granulom die gewebliche Eigenart nicht als verläßliches diagnostisches Kriterium geltend gemacht werden und um so weniger aus dieser die Art des Krankheitserregers gefolgert werden. Daß es sich bei dem im klinischen Bilde ganz eigenartigen und auch im Ablauf von anderen Zuständen abseits stehenden Lupoid um einen der Tuberkulose verwandten Prozeß handle, kann bis heute nicht als erwiesen betrachtet werden. Ich möchte in dieser Hinsicht meine durchwegs negativen Untersuchungsergebnisse keineswegs beweisend in die Wagschale werfen. Der Bazillennachweis im Gewebe und im Antiforminsediment ist mir nicht gelungen. Ebenso verlief das Tierexperiment in meinen Fällen negativ. Keimarmut der Texturen,



nicht genügend großes Testmaterial, zu geringe Zahl von Tieren, nicht genügend lange Beobachtungsdauer u. a. Einwände könnten berechtigt gegen die Beweiskraft dieser Erhebungen ins Feld geführt werden. Beachtenswert bleibt aber immerhin das konsequente Ausbleiben von Herdreaktionen, selbst bei hochdosierter Tuberkulineinverleibung und die auch von anderen Beobachtern festgestellte auffallend geringe Tuberkulinempfindlichkeit lupoidbehafteter Kranker. Aber alle angeführten negativen Momente reichen, wie gesagt, nicht hin, um die tuberkulöse Provenienz dieses Leidens ausschließen zu können. Der mit säurefeste Bazillen enthaltenden Stücken der Nasenschleimhaut erzielte Impferfolg Boecks beweist in positiver Hinsicht gar nichts. Den Ausgangspunkt weiterer ätiologischer Untersuchungen kann nur die gelungene Tierübertragung Kyrles bilden, die uns in der Auffassung bestärkt, daß die Kenntnis infektiöser Granulationsgeschwülste noch lange nicht als erschöpft zu betrachten ist. Das Ergebnis dieser Impfung im Zusammenhalt mit den sonstigen Teilerscheinungen des Lupoid Boeck, wie chronische Lungenzustände, Drüsenschwellungen, Knochenveränderungen, Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens, nicht in letzter Linie die weitgehende Beeinflußbarkeit durch Arsen, weisen auf eine chronische Seuche hin, die mit der Kochschen vielleicht im Grenzverhältnis steht. Zur Genese der Riesenzellen möchte ich noch erwähnen, daß, wie die verschiedenen Formen der echten Hauttuberkulosen: der Lupus, das Skrophuloderma, der Lichen skrophulosorum, die ulzerösen Formen und andere, so auch das Sarkoid bei Betrachtung der hie und da auftretenden Einstreuungen dieser Art Gelegenheit bietet, ihre Entstehung auf verschiedene Elemente zu beziehen. Ich glaube, Herr Kyrle läßt die Riesenzellen auf dem Wege amitotischer Kernteilung ausschließlich aus epitheloiden Elementen hervorgehen und erblickt in der Formation ein Zeichen der Gewebshinfälligkeit. Riesenzellen im Sarkoidgewebe, im Granulom des Bazinschen Erythems, des Skrophuloderma erwecken vielfach den Eindruck einer Homogenisierung endothelialer Auskleidungen kapillarer Gefäße, bei Erhaltenbleiben randverdrängter Kernkränze.

Wertvoll und lehrreich wäre es gewesen, in der Zergliederung Kyrles auch über die Deutung jener Erscheinungskomplexe Näheres zu erfahren, welche nach Klinik, Histologie und Pathogenese sonst noch zur Tuberkulose in ätiologischer Beziehung gebracht werden. Wir meinen natürlich nur solche, die mit tuberkuloiden Strukturen in den Rahmen des Diskussionsthemas fallen. Vielleicht wird Herr Kyrle im Schlußwort diese Verhältnisse noch streifen. Meiner Meinung nach bedarf das Erythema induratum Bazin ebenso der kritischen Revision, wie der Lupus pernio und das Angiolupoid. Strukturstudien des Bazinschen Erythems, die ich in 43 Beobachtungen der Läsion im Vergleich mit den klinischen, biologischen und Experimentalverhältnissen durchführen konnte, mußten in mir die Anschauung festigen, daß die auslösenden Faktoren des Leidens keineswegs immer auf tuberkulösem Gebiet gelegen seien, zumindest lassen in einem nicht zu geringen Bruchteil der Fälle alle diesbezüglichen diagnostischen Anhaltspunkte im Stich. Andererseits haben die mit großer Wahrscheinlichkeit für tuberkulös anzusprechenden Knotenaussaaten oft genug weit auseinanderreichende Strukturbilder, die zwischen der einfach entzündlichen Granulationsbildung, Thrombophlebitis und Wucheratrophie des Fettgewebes, bis zum reinen tuberkuloiden Bau mit Knötchenbildung, zentraler Nekrose und Riedenzelleinstreuung schwanken. Auch bei dieser Type begegnet man gelegentlich Reaktionsformen, die in allen Zeichen mit den subkutanen Sarkoidformen sich decken, ja, wie ich dies in einer vergleichenden Analyse durchgeführt habe (Derm. Zeitschr.), gelegentlich simultan mit diesen in die Erscheinung treten. Ich möchte aber noch weiter gehen und an der Hand der Eigenbe-

obachtung das subkutane Sarkoid zur Lupoidform Boecks in strukturelle Beziehung bringen. Ich habe das klassische Bild des Miliärlupoids der großknotigen Form, dessen Trägerin ich wieder zur Demonstration heranziehen werde, mit Subkutantumoren im Bereiche der Arme und des Gesäßes einhergehen sehen. Nach all dem kann ich, ich glaube auch im Sinne der Ausführungen Kyrles, nur die Erfahrung bestätigen, daß der Hochstand des klinischen Unterscheidungsvermögens, auf dem Gebiete der Gewebsdiagnostik noch lange nicht erreicht erscheint und erst mit dem definitiven Aufschluß der ätiologischen Verhältnisse an Sicherheit gewinnen dürfte.

Sachs: Die bemerkenswerten Ausführungen des Herrn Kollegen Kyrle haben das Interesse für die Frage der tuberkuloiden Gewebsstruktur der Haut neuerdings erweckt und wieder auf die Tagesordnung gesetzt. Seit den Arbeiten Jadassohns, Ehrmanns, Boecks, Lewandowskys hat in jüngster Zeit E. Hofmann (Bonn) die Frage von tuberkuloseähnlichen Gewebserkrankungen bei Syphilis, Lepra und Sporotrichose zum Gegenstande einer Besprechung gemacht. Neben den theoretischen Erwägungen im Vortrage Kyrles erscheint mir die Frage des tuberkuloiden Baues von bisher vielleicht doch zu wenig gewürdigter praktischer Bedeutung für die Diagnose und Therapie. Jeder Dermatologe hat sicherlich Fälle gesehen, bei welchen die Entscheidung, ob Lues oder Lupus vorliegt, zu den allerschwierigsten gehören kann. Zwei Fälle, die ich an einem Demonstrationsabende im Garnisonsspitale Nr. 2 vorgestellt habe, ein serbischer und ein russischer Kriegsgefangener, zeigten im Bereiche des Gesichtes ein Krankheitsbild, welches klinisch die Diagnose Lues oder Lupus vulgaris nicht mit Sicherheit stellen ließ. Wassermannsche Reaktion war positiv. Die mikroskopische Untersuchung ergab in beiden Fällen sicheren tuberkuloiden Bau, so daß vom pathologisch-histologischen Standpunkte die Diagnose eines Lupus vulgaris in Frage kam. Die durchgeführte Hydrargyrum salicylicum-Neosalvarsan-Behandlung hatte den Erfolg, daß sämtliche Infiltrate mit glatter Narbe ausheilten. Beide Patienten wurden wegen Lupus in anderen Spitälern exkochleiert. Die Pathologen sagen: Hier liegt ein Lupus vulgaris vor und daß die Wassermannsche Reaktion als nicht spezifisch gelegentlich positiv ausfallen kann. Die Syphilidologen erklären wiederum, daß auch bei Lues tuberkuloide Gewebsveränderungen seit langem bekannt seien. Selbstverständlich ist außer der histologischen Untersuchung und biologischen Reaktion zur Feststellung der Diagnose das Tierexperiment heranzuziehen. Wie oft ist dasselbe aus äußeren Gründen nicht durchführbar, wie lange Zeit muß man auf ein Resultat warten, das zum Schlusse negativ ausfällt und dann natürlich nichts beweist.

Ein anderer dritter Fall war wieder nach einer anderen Richtung hin bemerkenswert. Ich habe diesen Patienten mit der Diagnose Lupus pernio nebst histologischen Präparaten in der dermatologischen Gesellschaft demonstriert. Der linke Nasenflügel war rhinoskleromähnlich verdickt, die Nasenöffnung verengt, am Kehldeckel ein tuberkulöses Ulkus. Wassermann negativ, histologisch ein für den Lupus vulgaris pernio charakteristisches Bild; nach Tuberkulininjektion allgemeine und lokale Reaktion. Nach lokaler Behandlung mit 5%iger weißer Präzipitatsalbe und kombinierten Hydrargyrum salicylicum-Neosalvarsaninjektionen vollständig glatte Involution des Infiltrates. Jedenfalls ist die Diagnose in diesem Falle trotz glatter Abheilung nach Hydrargyrum salicylicum-Neosalvasarn keineswegs sichergestellt, die Epikrise dieses Falles läßt verschiedene Deutungen zu. Zweifellos gibt es eine Reihe von solchen Fällen, die zeigen, daß der pathologisch-anatomische Befund keine Entscheidung zur Sicherung der Diagnose bringt.



Die Versuche C. Sternbergs mit abgetöteten Tuberkelbazillen beweisen, daß wir mit diesen ähnliche Bilder bekommen, wie z. B. durch Raupenhaare usw. Von den Toxinen z. B. des Tuberkelbazillus wissen wir, daß sie kompliziert gebaute Eiweißkörper darstellen, daß bei ihnen, wie überhaupt bei den Bakterien, außer einer mechanischen Komponente die Wirkung der chemischen in Betracht zu ziehen ist. Für die richtige Beurteilung solcher Fälle ist die Analyse nach dieser Richtung von außerordentlicher Bedeutung. Die Konstitution, die Dauer der Erkrankung, die Virulenz der Bakterien, sowie Tierversuche werden sicherlich viel zur Aufklärung dieser Frage beitragen.

Einige Beispiele mögen dies in Kürze erklären. Beim Lupus vulgaris disseminatus lassen sich gleichzeitig so mannigfaltige klinische Bilder feststellen, daß den einzelnen klinischen Bilderformen verschiedene histologische Befunde entsprechen. Aber nicht alle Veränderungen sind auf die Einwirkung des Tuberkelbazillus zu beziehen, viele müssen als Wirkungen der Talgdrüsen, Haare usw. als „Fremdkörperwirkung" aufgefaßt werden. Es laufen also hier zwei Krankheitsprozesse nebeneinander. Ähnliche, ja manchmal identische Bilder zeigt die Histologie der Bromakne, ein klassisches Beispiel der chemischen, proliferierenden Wirkung auf das Gewebe und der mechanischen, weniger chemischen durch die Haare, Talgdrüsen, Schweißdrüsen usw. Aus den Versuchen von Maresch wissen wir, daß nach Injektion von Sublimatlösungen in das subkutane Fettgewebe dem Erythema indurativum ähnliche Veränderungen histologisch nachgewiesen werden können. Alles Beispiele für die rein chemische Wirkung auf das Gewebe und ihre Reaktion mit tuberkuloidem Bau.

Die Dauer der Erkrankung hat sicherlich für manche Fälle, z. B. Lupus vulgaris, eine große Bedeutung. Es sind dies langsam sich entwickelnde, chronisch verlaufende Fälle von Lupus vulgaris. Histologisch sind solche Fälle bemerkenswert, ich habe einen derartigen auf dem letzten Dermatologenkongreß in Wien demonstriert. Serienschnitte haben gezeigt, daß z. B. in den ersten 20 Schnitten nur Riesenzellen und Epitheloidzellen ohne Lymphozytenwall, in den weiteren Epitheloidzellen mit einem Lymphozytenwall vorkommen. Für die erstere Form hat Kyrle die Bezeichnung Lupoid an Stelle von Sarkoid gewählt.

Ein klinisch sicherer Fall von Lupus vulgaris verrucosus des linken Unterschenkels hat histologisch in den von mir untersuchten Präparaten nicht die geringsten Anhaltspunkte für Lupus ergeben, nur ein entzündlich infiltriertes Gewebe.

Bei russischen Kriegsgefangenen habe ich in dem letzten Jahre eine Reihe von Fällen von Akne cachekticorum beobachtet, histologisch mit Fremdkörperriesenzellen, welche den charakteristischen histologischen Bau von Tuberkuliden vortäuscht. Bei diesen kommen Übergänge von der Keratosis follicularis bis zur Akne cachekticorum vor. Eine nicht unbeträchtliche Zahl sind klinisch als sichere papulo-nekrotische Tuberkulide auszusprechen mit und ohne tuberkuloiden Bau.

Auch das zerfallene Hodengumma (Demonstration im Garnisonsspital Nr. 2) kann gelegentlich klinisch, aber auch histologisch in der Differentialdiagnose gegenüber Tuberkulose Schwierigkeiten bereiten.

An diesen wenigen Beispielen wollte ich nur zeigen, daß der Nachweis des tuberkuloiden Baus in der Haut nicht immer eine entscheidende Bedeutung hat, die klinische Diagnose durch alle zur Verfügung stehenden Hilfsmethoden gesichert werden muß, sollen wir uns nicht großen diagnostischen Irrtümern aussetzen. Die militärärztliche Konstatierung hat auf solche Tatsachen Rücksicht zu nehmen und besondere Vorsicht walten zu lassen.

Oppenheim: Kyrle ist in seinem ausgezeichneten Referate zu dem Schlusse gekommen, daß die Entwicklung des Lupoidgewebes nichts für den Tbk.-Bazillus charakteristisches, sondern daß sie nur der Ausdruck einer Abwehrform des Organismus gegen wenig virulente und wenig zahlreiche Erreger (Tbk.-Bazillen, Syphilis, Lepraerreger etc.) ist. Die Anzahl der Riesenzellen entspricht gewissermaßen der Aktivität der Erreger; bei völlig inaktivem Virus sind die Riesenzellen verschwunden und es bestehen hauptsächlich Epitheloidzellen. Es bedeutet also die Epitheloidzellenansammlung ohne Riesenzellen Elimination der Erreger. Die Riesenzellen denkt sich Kyrle aus Epitheloidzellen durch amitotische Kernteilung entstanden. Das Lupoid ist demnach das Resultat aus Allergie der Haut und spärlicher inaktiver Erreger von bestimmtem Typus. Schon Paltauf hat in der letzten Sitzung darauf hingewiesen, daß die verschiedenen Varietäten des Tbk.-Bazillus z. B. Typus bovinus, auch abgetötet, eitererregend wirken können und daß man die Annahme von der Entstehung der Riesenzellen aus Drüsenepithelien nicht so glatt von der Hand weisen dürfe.

Es sei mir gestattet, hiezu folgendes zu bemerken: Es gibt Infektionen mit Tbk.-Bazillen, bei denen wir gleichzeitig die Entwicklung von Eiterung und lupoiden Gewebes beobachten können; z. B. bei der Tuberkulosis verrucosa cutis und beim Leichentuberkel, bei der wir nach Paltauf-Riehl gleichzeitig Abszeßbildung und Lupoidgewebe vorfinden. Auch die Blastomykose ist ein Beispiel dafür, daß durch ein und denselben Erreger im Gewebe Eiterung und Lupoidbildung hervorgerufen werden kann. Meine histologischen Untersuchungen der Blastomykose und die der meisten Autoren stimmen darin überein, daß miliare Abszesse kontemporär mit der Entwicklung spezifischen Granulationsgewebes vorhanden sind. Über den blastomykotischen Herden der Haut findet man eitrige Pusteln, die im Eiter die Blastomyzeten enthalten und darunter ein Granulationsgewebe aus Rundepitheloid- und Riesenzellen, ebenfalls die Blastomyzeten enthaltend. Am klarsten sind aber die Verhältnisse in dieser Beziehung bei der gelben Art des indischen Madurafußes (Mycetoma pedis). (Siehe meine Arbeit hierüber im Archiv Dermatologie 1903.) Bei dieser Krankheit vereitert das Gewebe im unmittelbaren Bereiche der aktinomyzesähnlichen Pilzdrusen, während in größerer Entfernung ein Lupoidgewebe, reichlich Riesenzellen enthaltend, sich entwickelt, ohne daß im Lupoidgewebe Pilzelemente gefunden werden. Unna spricht hiebei von einer Fernwirkung der Erreger. Dabei kommt es auch wie im Lupoidgewebe zur Entwicklung von Russelschen Körperchen durch hyaline Zellendegeneration.

Ich glaube, daß der Ort der Ansiedlung des Erregers auch eine gewisse Rolle spielt, indem die oberflächlicheren Partien der Haut, wie Epidermis und Kutis mehr zur Bildung akuter Entzündungsprozesse und die tieferen wie die Subkutis mehr zur Bildung von Granulations- resp. Lupoidgewebes neigen. Das subkutane Gewebe ist die Prädilektionsstelle für die Ausbildung lupoiden Gewebes. Wenn wir abgetötete Tbk.-Bazillen in die Haut einreiben, so bekommen wir bei entsprechendem allergischem Zustande der Haut vor allem akute Entzündung. Injizieren wir inaktive oder aktive Tbk.-Bazillen in die Subkutis, so erzielen wir Lupoidbildung. (Lewandowsky.)

Die Pirquet-Reaktion stellt sich klinisch und histologisch zumeist als akute Hautentzündung dar; bei subkutaner und bei intradermaler Tuberkulineinspritzung finden wir häufiger die Entwicklung von Lupoidgewebe. (Thibierge und Ravaut.)

Es scheint mir, daß in bezug auf die Reaktion gegen Bazillen, Fremdkörper etc. zwischen Kutis und Subkutis wesentliche Differenzen bestehen.



In bezug auf die Entwicklung des Lupoidgewebes sind aber immerhin am interessantesten jene Fälle, wo im **Anschluß an subkutane Injektionen von Medikamenten lupoides Gewebe entsteht.** Der erste Fall dieser Art, der mir zur Beobachtung kam, wurde im Jahre 1913 von mir unter dem Titel „Riesenzellentumoren nach subkutaner Injektion eines Eisen- und Arsenpräparates" im Archiv publiziert. Die Patientin erhielt vor sechs Jahren wegen Anämie subkutane Injektionen eines Eisen-Arsenpräparates und erkrankte zwei Jahre später mit kleinen Verhärtungen an den Injektionsstellen (beide Oberarme) und zeigte dann Knoten und Stränge, die von blauroter Farbe bedeckt waren, eine gewisse Ähnlichkeit mit Sarkoid aufwiesen. Der histologische Befund ergab in der Subkutis, doch auch bis in die Kutis hineinreichend, Epitheloid- und Riesenzellenanhäufungen ohne wesentliche Rundzelleninfiltrate, scharf abgesetzt im Gewebe. Ich faßte damals den Fall als reine Fremdkörperriesenzellentumoren auf, bin aber heute doch ein wenig anderer Meinung geworden und zwar auf Grund weiterer drei Fälle, die ich zu beobachten Gelegenheit hatte und über die ich unter dem Titel „Subkutane Lupoide nach medikamentösen Einspritzungen" gelegentlich des Referates Jadassohns über die Tuberkulide am Kongreß der deutschen dermatologischen Gesellschaft in Wien, 1913, ausführlich sprach. In zwei dieser Fälle war das eingespritzte Medikament Quecksilber u. zw. einmal Salyzil-Quecksilber, ein zweitesmal graues Öl und im dritten Falle Morphiumlösung. Allen Fällen war gemeinsam: die Entwicklung von blauroten Knoten und Strängen, teils subkutan und verschieblich, teils mit der Hautoberfläche verwachsen; die Entwicklung dieser Tumoren nach einem langen Zeitintervall (zwei bis sieben Jahren), die spontane langsame Rückbildung der Tumoren und der histologische Befund. Dieser ergab nämlich scharf abgesetzte Infiltrate von Epitheloid- und Riesenzellen ohne Rundzellen oder nur mit geringer Beteiligung der Lymphoidzellen, umgeben von neugebildeten Bindegewebszügen. Fremdkörper konnten in keinem der Fälle nachgewiesen werden, ebensowenig Bazillen, weder mikroskopisch noch durch das Tierexperiment. Man könnte in allen diesen Fällen in erster Linie an ein bazilläres Agens denken — die lange Inkubationszeit spricht vielleicht dafür — doch können wir auch annehmen, daß bei einer gewissen Disposition der Haut gewisse Chemikalien im Stande sind, lupoides Gewebe zu erzeugen und zwar durch allmähliche Umstimmung des Gewebes. Der Einwand, daß es sich in den zwei Fällen von Syphilis um gummaähnliche Produkte am Orte der Reizung (Injektion) gehandelt habe, ist nicht stichhältig, da die anderen Fälle nicht Luetiker und nicht Quecksilberinjektionen betrafen.

Was nun die Entstehung der Riesenzellen betrifft, so meine ich mit Fürst, daß sie aus Epitheloidzellen, aus Gefäßendothelien und Epithelien entstehen können u. zw. entweder durch Protoplasmaverschmelzung mehrerer Zellen oder durch fortgesetzte Kernteilung bei ausbleibender Protoplasmateilung. In dieser Beziehung sind besonders jene Versuche interessant, die Hecht an Kaninchen angestellt hat, um die Riesenzellenpneumonien der Kinder, die nach Masern auftreten, zu imitieren. Intratracheale Injektionen von verdünntem Silbernitrat und Kupfersulfat erzeugen eine krupöse Bronchitis und einen hypertrophischen Katarrh, der schließlich zur reaktiven Wucherung der an die Bronchien stoßenden Alveolarepithelien in Form von Friedländerschen Epithelwucherungen und von echten Riesenzellen führte. Dieser Entstehungsmodus von Riesenzellen scheint mir im Hinblick auf meine zitierten Fälle und auf die Entstehung des lupoiden Gewebes überhaupt von großer Wichtigkeit zu sein.

Ich glaube demnach, daß wir die Entwicklung des Lupoidgewebes auf bestimmte chemische Reize, die auch von Fremdkörpern, Bazillen etc.

ausgeübt werden können, bei einem gewissen allergischen Zustand der Haut, bei gewisser Disposition und einem bestimmten Orte der Ansiedlung (Subkutis) zurückführen können.

Volk: So weitgehend die Analogien zwischen Fremdkörpertumoren und infektiösem tuberkuloidem Gewebe pathologisch-anatomisch sind, so muß doch darauf aufmerksam gemacht werden, daß pathogenetisch die Verhältnisse bei letzteren noch viel komplizierter liegen, abgesehen davon, daß sich gerade in dieser Richtung auch bei den Fremdkörpertumoren große Lücken in unserem Wissen finden, worauf ja Riehl in klarer, eingehender Weise hingewiesen hat.

Der Verlauf der tuberkulösen Infektion hängt ab von der Art und Zahl der verimpften Erreger, von ihrer Virulenz, von dem Ort der Infektion; wie bei anderen Infektionen so spielen insbesonders auch bei der Tuberkulose diese Dinge eine große Rolle. Anderseits sind aber auch die Beschaffenheit des infizierten Gewebes und die Maßnahmen, die der Organismus zu ergreifen imstande ist, um sich der Infektion zu erwehren, dafür maßgebend, welche Form der Gewebsreaktion entsteht. Diese kann verschiedener Art sein; bei der Tuberkulose treten produktive, exsudative und degenerative Vorgänge auf und selbstverständlich Kombinationen derselben. Im einzelnen Falle wird die Form durch die lokalen und allgemeinen Verhältnisse bestimmt. Im allgemeinen wird bei großer Bazillenaussaat mit hoher Virulenz und geringer Reaktionsfähigkeit des Organismus mehr die akute Form ohne Ausbildung eines typischen Tuberkels zustande kommen, während im entgegengesetzten Falle im anatomischen Bilde die tuberkuloide Gewebsreaktion vorherrschen wird. Wir sehen also, daß beide Komponenten für das Entstehen der letzteren notwendig sind. Aber eine wichtige Bedingung muß scheinbar auch noch erfüllt werden: daß der Bazillenstamm für die Tierart tuberkulotoxisch wirke, sonst kommt es selbst bei starker Vermehrung des Bazillus zu keiner oder ganz schwacher Reaktion im Gewebe. Das haben die Untersuchungen, welche Kraus, Kren, Groß und ich an Affen durchgeführt haben, erwiesen, worauf schon Paltauf hingewiesen hat. Die mit menschlichen T.-B. erzeugten Formen, welche sich vollständig zurückbildeten, zeigten massenhafte Ansammlung von T.-B., ebenso die mit Vogeltbk. infizierten Affen, wodurch nur leichte Entzündungserscheinungen hervorgerufen wurden. Nicht also der Fremdkörper allein bewirkt das tuberkuloide Gewebe, sondern es müssen gewisse toxische Produkte mit eine Rolle spielen. Wir wissen ja auch, daß nicht unter allen Umständen ein Fremdkörper zur tuberkuloiden Reaktion führt, wie ja z. B. auch Sternberg mit gewissen Hefearten keine solchen Bildungen erzeugen konnte, trotzdem reichlich Hefezellen im Gewebe eingelagert waren. Und dazu kommt eben auch noch eine bestimmte Reaktionsfähigkeit des Organismus, worauf Kyrle im Anfang seiner Ausführungen hingewiesen hat und die, wie er ja selbst betonte, noch nicht in allen Einzelnheiten restlos erklärt ist.

Nach einer Richtung haben uns die Untersuchungen Lewandowskys einen Schritt vorwärts gebracht. Indem er die Lysintheorie Wolff-Eisners akzeptierte, suchte er durch das Widerspiel zwischen Antigen und Antikörper im Organismus die Erscheinungsformen der Hauttuberkulose zu erklären. Es würde zu weit führen, auf die Immunitätsverhältnisse der Haut heute näher einzugehen, aber man muß davor warnen, diese Fragen als gelöst zu betrachten. Neben den Lysinen ist die histogene Immunität von der allergrößten Bedeutung. Much und Deyke haben diese Tatsache, deren Wichtigkeit zuerst von Behring und von Wassermann erkannt wurde, gerade für die Tuberkulose besonders hervorgehoben und sie zur Grundlage einer neuen Antikörperauswertung und Immunisierung gemacht, welche allerdings, wie ich nur einschalten möchte, keineswegs dem entspricht, was die beiden Autoren



errungen zu haben glaubten. Jedenfalls aber spielt die histogene Immunität, sei es nun allgemein oder lokal, eine bedeutende Rolle im Kampfe des Organismus gegen die Tbk.-Invasion und für die Erscheinungsformen der Tbk. in der Haut.

Auch da liegen die Verhältnisse wieder sehr kompliziert. Es haben z. B. Kraus und ich zeigen können, daß bei der Variola-Vakzine eine Immunisierung der Kornea von der Haut aus nicht möglich ist; Infektion der einen Kornea macht diese immun, nicht aber die des anderen Auges. Von der Konjunktiva aus wird die Haut und die Kornea desselben Auges immun, nicht aber die des anderen Auges. Es sind das nur Beispiele, sie zeigen aber, daß jedes Organ für sich und selbstverständlich für jede Infektion bezüglich seiner Immunisierungsverhältnisse studiert werden muß, ja vielleicht sogar einzelne Teile eines Organes, besonders bei der Ausdehnung und qualitativen Verschiedenheit des Hautorganes einzelne Abschnitte desselben. Worauf diese Organ-Immunität beruht, darauf einzugehen, ist derzeit nicht möglich. Es sollte aber damit nur gezeigt werden, daß eben diese Fragen und damit die feineren Details über die Ursachen der tuberkuloiden Bildungen in der Haut noch ihrer Lösung harren. Ich verweise diesbezüglich auch auf die Untersuchungen von Klingmüller, Zieler über die Reaktionen nach intrakutaner Injektion von sicher tuberkelfreien Tuberkulinen, deren Bedeutung für die Lösung unserer Frage hervorgehoben sei, deren eingehende Besprechung und kritische Beleuchtung aber den Rahmen einer Diskussionsbemerkung weit überschreiten würde.

Ganz kurz möchte ich auch nur darauf verweisen, daß man bei der ätiologischen Erforschung einer Erkrankung sich nicht mit der Überimpfung begnügen darf, sondern stets auch die Züchtung versuchen soll, da es z. B. Lewandowsky gelungen ist, durch Züchtung auf Glyzerinkartoffel T.-B. nachzuweisen, während der Impfversuch negativ ausfiel.

Auf das vorläufig noch ganz hypothetische Gebiet der Dauerformen der Spirochaete pallida möchte ich Kyrle heute nicht folgen. Gerade gewisse Erscheinungen bei Lues weisen darauf hin, daß wir in der Bildung des tuberkuloiden Gewebes einen Indikator für eine gewisse konstitutionelle Beschaffenheit des reagierenden Organismus haben. Auf eine Konstitutionsänderung, hervorgerufen durch die tuberkulöse Infektion, müssen wir auch das gehäufte Auftreten hypertrophischer Narben bei Tuberkulösen beziehen. Auch die Inkubation bei Fremdkörpern, von der Oppenheim sprach und die ich nur als eine scheinbare bezeichnen möchte, findet in diesem Lichte eine befriedigendere Erklärung als durch die hypothetische sekundäre Bazilleninfektion, indem der vorher inaktive Fremdkörper infolge irgendeiner später eintretenden Konstitutionsänderung im Organismus Reaktionen auszulösen beginnt.

Kyrle (Schlußwort): Im Verlaufe der Diskussion ist eine Reihe von interessanten Mitteilungen erfolgt. Als direkte Kritik der von mir vertretenen Auffassung sind der Hauptsache nach drei Äußerungen wesentlich. Herr Nobl und Oppenheim haben zunächst aus der Tatsache, daß Herde mit tuberkuloider Struktur peripheres Wachstum zeigen, Bedenken gegen den von mir eingenommenen Standpunkt abgeleitet, daß wir überall dort, wo tuberkuloides Gewebe angetroffen wird, mit einem bereits inaktivierten Virus zu rechnen haben. Diesbezüglich ist als Erwiderung zu sagen: Jeder, in der Größe auch noch so beschränkte Krankheitsherd dieser Art baut sich in anatomisch-histologischer Hinsicht aus zahlreichen, kleineren und größeren, nebeneinander gelagerten tuberkuloiden Knötchen auf. Zwischen denselben sind banal entzündliche Elemente produziert, die spezifischen Gewebsformationen, wenn wir sie so nennen wollen, sind gleichsam in einem entzündlichen Stroma eingebettet. Das ist die Regel. Dabei kann uns das, was wir im histologischen



Präparate festzustellen vermögen, nur als Ausdruck des augenblicklichen Zustandes der Gewebsveränderung erscheinen; in einer früheren oder späteren Phase wird die histologische Struktur zweifellos eine Umwandlung erfahren. Meiner Vorstellung nach wäre es durchaus fehlerhaft zu glauben, daß der anatomischen Struktur im Bereiche eines tuberkuloiden Herdes ein fixer Charakter zukomme, im Gegenteil, die geweblichen Veränderungen befinden sich in einem, wenn auch langsamen, so doch stetigen Fluß; banale Entzündung wird von tuberkuloidem Gewebe abgelöst; wo heute reichlich lymphozytäres Material im Gewebe entwickelt ist, werden zu einem späteren Zeitpunkt vollentwickelte Tuberkel sitzen. Dies hängt mit dem eigenartigen Verhalten des Virus im Gewebe zusammen. Es wird eben nicht alles Virus gleichzeitig inaktiviert und eliminiert, sondern einzelne Exemplare desselben behalten im Gewebe ihre Proliferationsfähigkeit, sie sind es, die entzündliche Reaktionen auslösen und die die Vergrößerung des Krankheitsherdes bestimmen. Dort, wo sich Bakterienmaterial, das tuberkuloide Struktur auszulösen vermag, im Gewebe ansiedelt, haben wir damit zu rechnen, daß ein langwährender Kampf zwischen dem zur Proliferation neigenden Virus und den Abwehrreaktionen von Seite des Gewebes stattfindet, der zu keiner vollen Entscheidung führt. Ein großer Teil der Keime wird inaktiviert; an den Stellen, wo dies geschieht, entwickeln sich tuberkuloide Strukturen, ein anderer Teil aber vermag den Antikörpern im Organismus länger oder kürzer erfolgreich Widerstand zu leisten und seine proliferativen Qualitäten zur Entfaltung zu bringen. Entzündliche Gewebsreaktionen sind der Ausdruck hiefür. Im histologischen Bilde haben wir beide Äußerungen nebeneinander: Tuberkuloides Gewebe und banale Entzündung. Warum das Virus nicht im ganzen gleichzeitig abgetötet wird, dafür sind neben anderen gewiß die eigenartigen Immunitätszustände der Haut, mit denen wir zu rechnen haben, von größter Bedeutung; insbesondere haben wir an der Tatsache festzuhalten, daß der Immunitätszustand nicht an jeder Stelle der Haut der gleiche ist und daß er an und für sich gewissen Schwankungen unterworfen erscheint. Die Verhältnisse sind diesbezüglich ja zweifellos außerordentlich kompliziert.

Für die Auffassung, wie sie hier vorgebracht wurde, daß nicht alles in einen Hautbezirk eingeschwemmte Virus gleichzeitig abgetötet wird und daß wir neben inaktivem Bakterienmaterial auch noch mit proliferationsfähigen Keimen zu rechnen haben, spricht ja schließlich die Tatsache der sehr häufig zu beobachtenden spontanen Abheilung des Zentrums eines Herdes bei gleichzeitiger Progression des Infiltrates nach der Peripherie. Wie könnte man sich dies anders erklären, als damit, daß das Virus in dem relativ eng begrenzten Hautterritorium verschiedene Beeinflussung erfährt, daß es an einer Stelle völlig abgetötet wird, während es in unmittelbarer Nähe seine proliferativen Fähigkeiten behält. Und dieses Spiel wird sich eben allerorts wiederholen! Es kann uns also meiner Vorstellung nach durchaus nicht wundernehmen, wenn wir tuberkuloide Strukturen antreffen, id est mit inaktiviertem Virus zu rechnen haben, trotzdem ein Wachstum des Herdes nach der Peripherie erfolgt. Außerhalb der tuberkuloiden Foci und zwischen ihnen finden sich eben noch aktive Keime, welche uns für diese Tatsache verantwortlich erscheinen müssen.

Der zweite Punkt betrifft die Frage der Entstehung der Riesenzellen. Diesbezüglich wurde gleichfalls von Herren Nobl und Oppenheim der Meinung Ausdruck verliehen, daß Riesenzellen doch auch durch Konfluenz und aus Endothelzellen entstehen könnten. Bezüglich der Langhansschen Riesenzellen muß ich eine solche Annahme durchaus

ablehnen; ich verweise neuerlich auf die in dem Referate schon erwähnte eingehende Untersuchung von Herxheimer, Benda und seinem Schüler Wakabajashi, die niemals einen anderen Entstehungsmodus als den aus Epitheloidzellen auf dem Wege der amitotischen Kernteilung nachweisen konnten. Ich bemerke hiezu noch, daß in Riesenzellen niemals Mitosen aufzufinden sind.

Der dritte Punkt, welcher ein näheres Eingehen erfordert, ist durch die Bemerkung des Herrn Volk gegeben. Er beschäftigt sich in der Diskussion ausschließlich mit den Verhältnissen bei der Tuberkulose. Zunächst ist ihm darin völlig beizustimmen, daß der Bazillenstamm für die Art pathogen sein muß, damit es überhaupt zur Krankheitsäußerung kommt. Er meint ferner, daß für das Zustandekommen der tuberkuloiden Struktur nicht der Tuberkelbazillus allein maßgebend sein wird, sondern daß den frei werdenden Toxinen hiebei eine große Rolle zukomme. Er erwähnt diesbezüglich insbesondere die Versuche von Klingmüller und Zieler, die mit Tuberkulin ebenso typische Strukturen erzielt haben, als man sie sonst bei Bazillenproliferation in der Haut antrifft. Ich leugne nun durchaus nicht, daß den frei werdenden Toxinen für das Zustandekommen des tuberkuloiden Gewebes eine gewisse Rolle zukommt, daß der Reiz, den sie auf das Gewebe ausüben, nicht ohne Einfluß auf die Entwicklung des Granuloms sein wird, stehe aber andererseits durchaus auf dem Standpunkt von Pick und Daels und auf den Jadassohns, daß ein Tuberkulin, das nur die in Lösung gegangenen Stoffwechselprodukte und Leibersubstanzen der Bakterien enthält, ohne korpuskuläre Elemente tuberkuloide Strukturen nicht zu erzeugen vermag. Diesbezüglich können mich auch die sehr sorgfältig angestellten Kollodium-Säckcken-Versuche Zielers nicht zu einer anderen Ansicht bekehren. Es ist ja wohl zweifellos, daß Zieler durch seine Versuchsanordnung ein Tuberkulin in Händen hatte, das von korpuskulären Beimengungen, von Bakterien-Splittern, von ultramikroskopischen Teilchen u. dgl. frei war, demnach seine Hautimpfungen nur mit gelösten Bakteriensubstanzen vorgenommen hat. Zieler berichtet nun, daß die anatomische Untersuchung der bei solchen Impfungen entstandenen Affekte tuberkuloide Strukturen mit Langhansschen Riesenzellen ergeben habe, die hauptsächlich um nekrotische Gewebspartien entwickelt waren. Es kam dadurch ein Bild zustande, das mehr oder weniger an die Verhältnisse bei den papulonekrotischen Tuberkuliden erinnerte. Nun geht aber aus den Versuchen, wie mir scheint, nicht eindeutig genug hervor, ob die Nekrose in den untersuchten Fällen nicht das erste Ereignis und die Entwicklung der tuberkuloiden Struktur um dieselbe der zweite Akt gewesen ist, so daß wir es auch hier im gewissen Sinne nur mit der Ausbildung eines Fremdkörpergranuloms zu tun hätten. Es ist doch nicht so unmöglich, daß die Impfsubstanz ins tuberkulöse Gewebe gebracht, dortselbst zunächst eine lokale Koagulationsnekrose erzeugt und daß sich um sie herum erst das tuberkuloide Granulom entwickelt. Diesbezüglich hätten uns Serienuntersuchungen vom ersten Tag nach der Impfung bis zur vollen Höhe des Affektes Aufschluß zu bringen. Einstweilen aber kommt meiner Ansicht nach den erwähnten Befunden nicht volle Beweiskraft zu für die Behauptung, daß gelöste Bakteriensubstanzen allein tuberkuloide Strukturen in dem Sinne auszulösen vermögen, wie wir es uns beim Lupus oder bei anderen Prozessen dieser Art vorstellen.



Verhandlungsberichte.

Berliner dermatologische Gesellschaft.

Sitzung Dienstag den 15. Januar 1918.

Herr Heller: Psoriasis der Lippenschleimhaut (Krankenvorstellung). Das Lippenrot ist bis weit über die Umschlagsstelle bei dem 18jährigen Patienten mit feinen festhaftenden Schüppchen besetzt, die sich immer wieder erneuern, wenn sie entfernt sind. Sowohl die Ober- als auch die Unterlippe ist von querverlaufenden oberflächlichen Rhagaden durchzogen.

Herr Heller: Spätikterus nach Salvarsan. (Krankenvorstellung.) Der Patient hatte 24 Salvarsaneinspritzungen, im ganzen 8·75 *g* Neosalvarsan erhalten, dann 2 Spritzen Embarin, kein Jodkali, keine Schmierkur. Der klinische Befund sprach für die hämatogene Form des Ikterus.

Aussprache. Herr *Pulvermacher* erkennt Hellers Auffassung des Falles als berechtigt an.

Herr Heller: Hautgeschwülste bei Pseudoleukämie. (Krankenvorstellung.) Der Fall gehört zur Pseudoleucaemia cutis circumscripta.

Aussprache. Herr *Pulvermacher* glaubt, daß es sich bei dem vorgestellten Falle um die Kombination von tuberkulösen Drüsen, Lupus erythematodes und Lupus vulgaris handle.

Herr *Saalfeld* hält auch die Möglichkeit eines Lupus erythematodes für vorhanden und empfiehlt Behandlung mit Kohlensäureschnee.

Herr *Heller* glaubt nicht an das Bestehen eines Lupus erythematodes.

Herr Heller: Wiedergabe der verknöcherten Epiphysen-Diaphysenlinie im Röntgenbilde bei kongenitaler Syphilis. (Vorstellung von Röntgenphotographien.) Heller faßt die Linien als Ausdruck einer besonders starken Kalkablagerung an Stelle der kekanntlich eine Lieblingsstelle der kongenitalen Syphilis bildenden Dia-Epiphysenlinien auf.

Herr Bruhns: Livedo racemosa. B. zeigt 2 Fälle, die klinisch völlig dem von Ehrmann beschriebenen Bilde gleichen, in beiden Fällen war nichts von Lues nachweisbar, welche Ehrmann als Ursache annimmt.

Herr Bruhns: Erythema chronicum migrans. B. zeigt zwei einschlägige Fälle.

Aussprache. Frau M. *Kaufmann* hat ähnliche Fälle gesehen, bei welchen die Affektion durch Stiche von Ixodes ricinus (Holzbock) hervorgerufen war.



Herr *Bruhns* sagt, daß bei seinen Fällen diese Ätiologie nicht in Frage käme.

Herr Saalfeld: Urticaria perstans papulosa, Typ Acne urticata. (Krankenvorstellung.) Das Hautleiden des Patienten begann ohne nachweisbare Ursache.

Herr Ledermann: Ein Fall von exzessiver Melanose bei Lichen ruber. (Krankenvorstellung.) Die Melanose trat bei einer Kranken auf, die vor 10 Jahren an Lichen ruber gelitten hatte, ohne daß sie Arsen bekommen hat.

Aussprache. Frau M. *Kaufmann*, Herr *Saalfeld* und Herr *Heller* haben sämtlich mehrere Fälle von Riehlscher Melanose während des Krieges beobachtet.

Herr L. Pulvermacher: Gewerbliche Dermatosen = follikuläre Hyperkeratose, Melanose. (Krankenvorstellung.) P. schiebt die Ursache der Affektionen auf das während des Krieges anders zusammengesetzte Schmieröl. Immerwahr (Berlin).

Fachzeitschriften.

Dermatologische Wochenschrift.

Bd. LXV. Nr. 41—51.

Nr. 41.

Klausner, E. Ein Fall von echter Reinfectio syphilitica. p. 951.

1912 I. Infektion. Damals Exzision des Primäraffektes, der im Ausstrich und histologischen Präparat zahlreiche Spirochäten zeigte. Gelungene Abortivbehandlung mit Hg-Salvarsan. W.-R. durch 4 Jahre —. 1917 II. Infektion in der Nähe der ersten. Spirochaeta pallida +. W.-R. —. Exzision des Geschwüres. Hg-Salvarsanbehandlung. Klausner steht bezüglich der Diagnose Reinfektio auf dem Standpunkt Müllers, daß diese nur dann gestellt werden dürfe, wenn zur Zeit der Behandlung der I. Infektion eine generalisierte Ansiedlung des Virus noch nicht stattgefunden hat. Von der zweiten Forderung Müllers, daß die Neuinfektion an einer vom Lagerungsbereich der ersten völlig entfernten Stelle auftreten müsse, glaubt er in jenen Fällen absehen zu können, wenn diese Sklerose, wie in dem von ihm beobachteten Fall, frühzeitig exzidiert worden ist.



Schindler, K. Zur Salvarsanfrage. p. 955.

Im Gegensatz zu seinen früheren Anschauungen, daß die intravenöse Injektion des Salvarsan „geradezu ein Verbrechen" sei, spricht sich Schindler neben der intramuskulären Johainjektion auch für erstere Applikationsweise aus. Er hat einen Kranken nach Hg-Salvarsanbehandlung durch Meningo-Encephalitis verloren. Diese trat aber erst einen Monat nach der letzten Salvarsaninjektion auf, so daß „dieser tödliche Ausgang wohl kaum auf das Salvarsan zurückzuführen ist". In einem zweiten Fall sah er nach der 3. Injektion Ikterus auftreten.

Nr. 42.

Meirowsky, E. Mitteilung über eine Bestätigung meiner Spirochätenbefunde als Ergänzung zu dem Referat E. Levins in den Nummern 49 und 50 (LXIII. Band) dieser Wochenschrift. p. 967.

Meirowsky ergänzt das Referat Levins durch Zitate aus der Arbeit von Inada, Hoki, Kaneko und Ito: „Über die Ätiologie des Infektionsmodus und die spezifische Therapie der Weilschen Krankheit." Diese Forscher beschreiben bei der Schilderung der Morphologie ihrer Spirochäten Granula im Spirochätenleib, Spirochätenknospen, degenerative Formen, die dick, windungslos und an den Enden abgestumpft sind. Sie bilden dies alles ab, auch Verzweigungen und Dolden, wie sie Meirowsky bei der Sp. pallida dargestellt hat. Noguchi hält in seiner Arbeit über die Züchtung der Hühnerspirochäten diese Knospen wahrscheinlich für eine der Phasen im Lebenszyklus der Spirochäten und nicht, wie einige Untersucher meinen, für das Resultat einer Plasmolyse, also eine Übereinstimmung mit den Ansichten Meirowskys. Döflein ist ebenfalls der Meinung, daß die Spirochäten ihrer Struktur nach den Bakterien viel enger anzugliedern sind als den Protozoen.

Ravogli, A. Spitze Kondylome am männlichen After. p. 970.

Schilderung zweier Fälle. Sonst nichts neues.

Nr. 43.

Mondschein, M. Der Einfluß der Gonorrhoe auf die Blutbeschaffenheit und auf das Herz. p. 983.

Der Gonokokkus verringert, manchmal sogar sehr wesentlich, den Hämoglobingehalt des Blutes. In der Zahl der roten Blutkörperchen bemerkt man ziemlich starke Fluktuation. Auffällig ist die große Zahl der roten kern-

haltigen Blutkörperchen. Zu Anfang der Krankheit besteht fast regelmäßig Leukozytose; besonders tritt sie bei Komplikationen auf. Arthigoninjektionen hatten keinen Einfluß auf die Blutbeschaffenheit. Regelmäßig besteht eine ziemlich starke Herabsetzung des Blutdruckes. Öfter beobachtete Verf. auch verschiedene Herzgeräusche, die er der Gattung der Bleichsuchtgeräusche einreihen möchte. Der Puls ist immer verändert, manchmal klein und beschleunigt, manchmal gespannt, verlangsamt oder Pulsus celer, häufig ist Arythmie. Verf. hält alle diese Veränderungen für Folgen der Infektion oder der Toxinwirkung, auch bei dieser „scheinbar lokalen Erkrankung". Chronische Fälle scheinen geringere Veränderungen hervorzurufen.

Brinitzer und *Bottstein*. Zur Behandlung der Epidermophytie. p. 994.

Empfehlung einer $\frac{1}{2}\%$ Cignolinlösung in Kombination mit 2% Ichthyol-Hg-Präzipitatpasta.

Nr. 44.

Fick, J. v. Zur Behandlung der Psoriasis mit Tuberkulomuzin (Weleminsky). p. 999.

Schlußfolgerungen: Das Tbm. wirkt bei Psoriasis sehr unsicher und langsam, jedenfalls im allgemeinen gewiß nicht rascher als Lokalbehandlung. Es erweist sich als wirksam oder unwirksam unabhängig davon, ob Tbc. der Lungen vorhanden ist oder nicht. Eine bestimmte Beziehung zwischen gewissen Formen der Psoriasis und der Wirksamkeit des Tbm. besteht nicht. Tbm. wirkt unabhängig von einer fieberhaften Reaktion. Die Tbm.-Behandlung verhindert das Neuauftreten frischer Effloreszenzen ebenso wenig, wie die sonstigen Methoden der Psoriasisbehandlung. Sie scheint keinen wesentlichen Fortschritt in der Psoriasistherapie zu bedeuten.

Wagner, Zur Bordellfrage. p. 1003.

Die Bordelle wirken sittlich verwüstend in unmeßbarem Umfange, weil sie schon durch ihr Dasein zur Ausübung der Unzucht anlocken und verführen und das sittliche Urteil verwirren. Ihre Unsittlichkeit besteht vor allem in der Versklavung und Entwürdigung der Dirnen. Die Schwere der Verantwortung der bürgerlichen Gesellschaft, die derartiges duldet, wird dadurch noch erhöht, daß die Dirnen zu einem erheblichen Teil geistig minderwertig sind. Die widerwärtigste und wohl als unsittlichst einzuschätzende Erscheinung im Bordellbetrieb ist der Bordellwirt. Als sittliche und nicht nur als physische Wirkung der Bordelle muß auch der Geburtenrückgang angesehen



werden. Sowohl zur Aufrechterhaltung von Anstand und Ordnung, wie zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten ist das Bordell ein untaugliches Mittel.

Nr. 45.

Antoni. Ein Beitrag zur Vakzinebehandlung bei Gonorrhoe. p. 1015.

Erfahrungen über ungefähr 1000 intravenöse Injektionen mit Arthigon an 100 Fällen von Epididymitis und 10 Fällen gonorrhoischer Gelenkserkrankungen. Dosis 0·1 bis 1·0, in äußerst hartnäckigen Fällen bis 2·0. Die Wirkung der intravenösen Injektionen ist schneller und besser. Die Nebenhodenentzündungen heilten restlos, ohne Knotenresiduen, die Gelenkserkrankungen wurden sämtlich wieder dienstfähig und der urethrale Prozeß wurde nicht beeinflußt. Das Auftreten der Allgemeinreaktion bei anscheinend geheilten Fällen ist für Verf. das sichere Anzeichen einer noch vorhandenen gonorrhoischen Erkrankung. Die provokatorische Wirkung gelang fast in allen Fällen. Die Untersuchung des Blutes auf spezifische Antikörper durch Komplementbindungsreaktion ergab bei Epididymitis in der Hälfte der Fälle + Befund.

Musey, R. D. Klinische Bemerkungen über luetische Erkrankungen des Herzens und der Aorta. p. 1020.

Unter 1379 Fällen von Lues fanden sich 59 (4·29%) mit spezifischen Erkrankungen des Herzens oder der Aorta. Letztere scheint häufiger befallen zu sein. Syphilis des Herzens weist keinen typischen Symptomenkomplex auf, der sich von der gewöhnlichen Myokarditis unterscheidet. + W.-R. ist zur Diagnose unbedingt erforderlich. Die Syphilis des Herzens macht zwar schwerere Symptome, wird aber besser von der Behandlung beeinflußt und die Besserung hält länger an als bei der Syphilis der Aorta. Die Syphilis des Mediastinum gleicht in klinischer Beziehung der des Herzens und wird ebenso günstig durch die Behandlung beeinflußt. Jodkali und Hg sind wertvoll, selbst wenn der Patient ausgesprochene Kompensationsstörungen zeigt. In manchen Fällen scheint es von Wert, der Salvarsanbehandlung eine solche mit Jod und Hg vorausgehen zu lassen. Salvarsan und besonders Neosalvarsan leisten hier sehr gute Dienste, auch bei schweren Fällen in kleinen Dosen. Eine derartige kräftige und andauernde Behandlung vermindert die Beschwerden und hemmt die Progredienz bei manchen Fällen von Aneurysmen.



Nr. 46.

Roth, O. Zur Kenntnis der Dermatomyosis. p. 1031.

An der Peniswurzel fand sich bei einem Landstreicher ein fünffrankstückgroßes Geschwür bedeckt mit über 100 $1^1/_2$ *cm* langen Fliegenmaden, die mit ihrem vorderen Teile in der Haut steckten und nach ihrer Extraktion ein scharfrandiges Loch von Stecknadelkopfgröße hinterließen, das bis ins Bindegewebe reichte. Daneben frei herumkriechende Larven. Die befallene Gegend sehr stark gerötet und geschwollen. Es handelte sich um Larven von Lucilia Canar. Augenscheinlich hatte eine derartige Fliege ihre Eier auf die befallene Hautstelle abgelegt u. zw. auf die unveränderte Haut, die von den Larven durch das von ihnen produzierte Verdauungsferment aufgelöst wurde.

Stümpke, G. Zur Röntgentherapie der Mykosis fungoides. p. 1035.

Weitgehende klinische Besserung in Verbindung mit bald auftretenden Rezidiven. Freilich wurde der Fall hauptsächlich mit Oberflächentherapie behandelt.

Nr. 47.

Lipp, H. Eine einfache Schnellfärbungsmethode von Spirochäten. p. 1047.

1. Auftropfen von 5 Tropfen einer 1% Kalilauge auf den lufttrockenen Aufstrich, 2. dann, ohne abzuspülen, sofort einige Tropfen der gewöhnlichen Fuchsinlösung (Fuchsin, gelöst in 96% Alkohol, dann 1 : 20 Wasser). 3. Stehenlassen 4'. 4. Abwaschen mit Wasser Abtrocknen.

Ketron, L. W. Magen-Darmstörungen bei Akne vulgaris auf Grund röntgenologischer Befunde. p. 1048.

Akne vulgaris wird nach allgemeiner Anschauung verursacht durch die Gegenwart und das Wachstum des Aknebazillus. Die wichtigste Disposition für Entstehung der Akne sind Magen-Darmstörungen. Bei 30 Aknefällen, die mit Probemahlzeiten und Röntgenstrahlen untersucht wurden, fand sich keiner dieser Fälle absolut normal und in 60% bestanden Veränderungen solcher Ausdehnung, daß Stauungen im Magen-Darmkanal und toxische Resorption die Folge sein konnten.

Nr. 48.

Merk, L. Über Akne cachecticorum im gegenwärtigen Kriege. p. 1063.

Auf Grund seiner Beobachtungen und des Literaturstudiums erscheint es Merk sehr wahrscheinlich, daß die



Fälle, wie sie zunächst v. Veress als „Exanthema folliculare acneiforme im Felde" beschrieben (D. Wochenschr., Bd. LXV, Nr. 31) und bei welchen das Stigma der Vernachlässigung deutlich hervorgehoben wird, als Akne cachecticorum Hebra zu deuten sind.

Außerordentliche Kriegstagung der Rheinisch-Westfälischen und Südwestdeutschen Dermatologenvereinigungen in Bonn 22.—23. September 1917.

Bericht.

Nr. 49.

Ullmann, K. Beitrag zur Massenbehandlung der Gonorrhoe. p. 1079.

Empfehlung einer gewissen Organisation der Behandlung an der Hand eines in Unterabteilungen gegliederten Diagnosenschemas. Bezüglich der Einzelheiten sei auf das Original verwiesen.

Nr. 50.

Trimble, W. B. und *Rothwell*, J. J. Eine vergleichende Studie über Salvarsan und Neosalvarsan bei der Syphilisbehandlung. p. 1095.

Nicht beendet.

Nr. 51.

Odstrčil. Behandlung der akuten Prostatitis mit Milchinjektionen. p. 1112.

Außer mit gekochter Milch wurden auch Injektionen mit ungekochter, einige Male fraktioniert sterilisierter Milch vorgenommen. Letztere ergaben auffallende lokale und allgemeine Reaktionen und hauptsächlich regressive Herdsymptome. Beim Ausbleiben dieser Reaktionen hatten Injektionen mit Milch anderer Provenienz Erfolg. Die 1. Injektion betrug 2—3 *ccm*. Dann wurde auf 5—8—10—12—15 *ccm* gestiegen, je nach dem Grad und der Dauer der Reaktion. Dementsprechend wurden auch die Reaktionsintervalle immer länger. Diese Behandlung ist imstande, die akut entzündliche Vergrößerung, Verhärtung der Prostata meistens zur Norm zu bringen oder die Eiterung auf kleine Bezirke zu beschränken. Wenn auch Mißerfolge manchmal zu beobachten sind, so ist doch diese Methode neben den alten bewährten Methoden zu empfehlen.

Trimble, B. W. und *Rothwell*, J. J. Eine vergleichende Studie über Salvarsan und Neosalvarsan bei der Syphilisbehandlung. p. 1118.

Vorliegender Bericht beruht auf der Behandlung von 110 Kranken, denen 397 Injektionen intravenös verabreicht



wurden. Nach der letzten Infusion Hg-Behandlung. Das Ergebnis der Untersuchungen wurde klinisch, reaktiv und serologisch betrachtet. Klinisch fand sich kein Unterschied der Wirkung des S. und NS. Die Reaktionen waren ziemlich gleich milde. 4 Injektionen, ob S. oder NS. sind eine unzureichende Behandlung. S. oder NS. ohne Hg-Behandlung bewirkt äußerst selten — W.-R. 4—6 S.- oder NS.-Injektionen ergaben, selbst wenn Hg-Behandlung folgt, nur einen verhältnismäßig geringen Prozentsatz negativer W.-R. Auf Grund ihrer Erfahrungen halten die Verf. das NS. dem S. überlegen, da seine Anwendung einfacher, die Reaktionen darnach geringer und ein größerer Prozentsatz — W.-R. zu beobachten ist.

Bd. LXVI. Nr. 1—17.

Nr. 1.

Lie, H. P. Einiges von der Übertragbarkeit der Lepra, insbesondere ihrer makulo-anästhetischen Form. p. 1.

Mit dem Abnehmen der Lepra in Norwegen lassen sich auch die Ansteckungswege deutlicher erkennen. Dafür führt Lie einige Beispiele an. Eltern, Geschwister und andere nahe Verwandte sind die Glieder der Ansteckungsreihe. Das Inkubationsstadium kann auch Jahrzehnte dauern, zumal die ersten Symptome sehr unklar oder geringfügig sein können Die Hälfte aller Leprösen wird vor ihrem 15. oder doch vor ihrem 20. Lebensjahr infiziert. Das Pubertätsalter ist für die Kinder lepröser Eltern das gefährlichste, besonders bei unmittelbarem intimen Verkehr. Auch die leprösen Flecken der makulo-anästhetischen Form sind eine stete Ansteckungsgefahr, da die in ihnen enthaltenen Bazillen mit den Zellen der Epidermis der Oberfläche zu wandern.

Rille, J. H. Adolf Havas.

Nekrolog.

Nr. 2.

Schumacher, J. Über den Nachweis des Bakterienkernes. p. 17.

.Nicht beendet.

Lipp, H. Zur Technik der Tuberkelbazillenfärbung in Sputum und Harn. p. 26.

Die Methode nach Ziehl-Neelsen versagt oft in Fällen, in denen andere nicht minder einfache, ja noch einfachere Methoden nicht bloß die Vollstäbchen, sondern auch die Einzelgranula deutlich darstellen. Hiezu eignet sich ganz besonders die Karbolfuchsin-Tropäolinmethode



und die Karbolfuchsin-Jodmethode. Auch die Karbol-Fuchsin-Jodsalzsäurefärbung gibt sehr schöne Resultate. Zur Differenzierung zwischen Tbc.-Bazillen und anderen säurefesten Stäbchen empfiehlt Lipp die Korallinfärbung.

Nr. 3.

Wichmann, P. Geschwürige Tuberkulose der Vulva auf luetischer Basis. p. 33.

Seit 3 Jahren bestehendes Geschwür oberhalb der Scheidenöffnung bei 37jähriger Frau. Vor 4 Jahren Lues mit Hg, Salvarsan und Zittmann energisch behandelt. Geschwür wurde dadurch nicht beeinflußt. Erst nach Tuberkulinkur und Bestrahlungen mit Blaulicht trat Besserung ein. Das Geschwür ist weich mit seitlichen härteren Zapfen, die zerklüftete Ulzerationen tragen. In der Scheide sind mehrfache, das Lumen verengernde, bretttharte Zapfen zu tasten. Schwellung einer rechten Leistendrüse. Neuerliche Tuberkulinkur und kombinierte Hg-Salvarsan-JK-Behandlung haben nur vorübergehenden Erfolg. Heilung unter Mesothoriumbestrahlung bis auf einen 50 Pfennig-stückgroßen Geschwürsrest, nachdem eine Behandlung mit dem Goldpräparat 1423 der Höchster Farbwerke Rückgang bis auf Markstückgröße bewirkt hatte. Histologisch fand sich Granulationsgewebe mit Riesenzellen, Intimawucherungen der kleineren und Obliterierung der kleinsten Gefäße. In der Nachbarschaft des Geschwüres starke fibröse Umwandlung des Gewebes. Als beweisend für das Vorliegen einer Tuberkulose erscheint der Erfolg der spezifischen Therapie, zusammengehalten mit dem histologischen Bild. Wichmann hält sich für berechtigt, diesen Fall als Kombination von Tbc. und Lues anzusprechen. (Könnte es sich nicht um ein „Ulcus elephantiaticum vulvae" gehandelt haben? Ref.)

Schumacher, J. Über den Nachweis des Bakterienkernes. p. 38.

Nach einer historischen Einleitung beschäftigt sich Verf. mit der Darstellung des Bakterienkernes. Ein Eingehen auf die Details der Methodik würde den Rahmen eines Referates überschreiten und sei diesbezüglich auf die interessanten Einzelheiten und Methoden der Originialarbeit verwiesen.

Nr. 4.

Neumayer, V. L. Rund zehn Jahre amtlicher Syphilistilgung. p. 49.

Nicht beendet.



Ravitsch, M. L. Die Herdinfektion in ihrem Zusammenhang mit gewissen Hautkrankheiten. pag. 58.

Die Herdinfektion kann in jedem Körperteile sitzen. Dafür bringt Verf. eine Zahl von Beobachtungen, von Hauterkrankungen, die ätiologisch in Beziehung standen mit verschiedenartigen infektiösen Prozessen der Mund- und Rachenhöhle, Appendizitis etc. Erst nach Beseitigung dieser Erkrankungen trat Heilung der bisher erfolglos behandelten Hautaffektion auf.

Nr. 5.

Mujs. Endomyces albicans als Ursache einer Epidermomycosis inguinalis. p. 65.

Der Parasit wurde bei 8 Fällen in den Schuppen gefunden und durch die Kultur mit dem pathogenen infektiösen Soorpilz identifiziert.

Neumayer, V. J. Rund zehn Jahre amtlicher Syphilistilgung. p. 71.

Nicht beendet.

Galewsky. Zur gegenwärtigen Bartflechtenepidemie. p. 79.

Aufforderung, die durch die momentane starke Ausbreitung von Trichophytien in Deutschland sehr aktuellen Fragen über Vorbereitungsweise und Behandlung der Trichophytien in dieser Zeitschrift zu besprechen.

Nr. 6.

Pedersen, Brun M. Syphilis 16 Jahre nach der Infektion auf den Fötus übertragen. p. 82.

Von besonderem Interesse ist, daß die Frau mit einem Mann 4 gesunde Kinder und dann mit einem zweiten, vermutlich gesunden Mann ein syphilitisches Kind hatte.

Neumayer, V. L. Rund zehn Jahre amtlicher Syphilistilgung. p. 82.

Zusammenfassung: Das fernere Schicksal der Syphilitiker in Bosnien scheint sich nicht wesentlich von dem der anderen Bevölkerung zu unterscheiden. Eine Übersterblichkeit der Syphilitiker gegen die übrige Bevölkerung ist nach der bisherigen Beobachtungszeit, die freilich noch nicht 20 Jahre umfaßt, nicht festzustellen; es scheinen Verf. aber keine Anhaltspunkte dafür vorhanden zu sein, daß sich eine solche wird bei längerer Beobachtungszeit ermitteln lassen. Die im Gefolge der Lues auftretenden Nervenkrankheiten spielen bei der bosnischen Lues überhaupt keine Rolle. Die Salvarsanbehandlung hat entschiedene Besserung in den verschiedensten Hinsichten,



namentlich in Bezug auf die Raschheit der Heilung und Rückfallsfreiheit gebracht. Eine planmäßige und größzügige Syphilistilgung, wie sie in Bosnien durchgeführt wird, kann sehr viel leisten. Bei kleinen und kleinsten Kindern wirkt die Syphilis in Bosnien geradezu verheerend; u. zw. vor allem die erworbene. Die Sterblichkeit unter den luetischen Kindern ist beängstigend. Die Mehrzahl derselben stirbt innerhalb der ersten drei Jahre nach der Ansteckung, mögen sie nun mit Salvarsan behandelt sein oder nicht; wenn auch durch die Einführung dieser Behandlung das Eintreten einer Besserung nicht zu verkennen ist. Die Kinderinfektionen ließen sich einschränken durch eine gründliche Durchforschung und Behandlung der weiblichen islamitischen Bevölkerung, wie sie vom Verf. und seiner Frau gehandhabt wird und in verhältnismäßig kurzer Zeit zum Ziele geführt hat. Alles in allem ist die bosnische Lues weniger heimtückisch als die außerbosnische und mit einem anderen Maßstabe zu messen.

Nr. 7.

Veress, Fr. v. Über Acne cachecticorum im gegenwärtigen Kriege. Erwiderung auf Prof. Merks gleichbetitelte Arbeit. p. 97.

Die Bezeichnung Exanthema acneiforme folliculare wählte v. Veress für das in dieser Zeitschrift Bd. LXV, Nr. 48, beschriebene Krankheitsbild, da sie eine „getreue anatomische Benennung" desselben darstellt. Die Benennung Acne cachecticorum, wie sie Merk dafür vorschlägt, da er sie unter dieses Krankheitsbild subsumiert, kann Verf. vorläufig weder annehmen, noch ablehnen, da noch nicht feststeht, was unter dieser Bezeichnung eigentlich zu verstehen ist. Verschiedene Autoren rechnen sie z. B. zu den Tuberkuliden. Verf. erörtert nun die Gründe, die für und gegen diese Einreihung des Krankheitsbildes unter die Tuberkulide sprechen und kommt zu dem Schluß, daß die meisten Umstände dagegen sprechen. Es lassen sich aber auch keine zwingenden Gründe für die Zuteilung zur Acne cachecticorum geltend machen. Deswegen hält er die nichts präjudizierende, rein anatomische Bezeichnung für vorderhand berechtigt.

In einem Nachwort verlangt Merk noch die Klarstellung der Acne cachecticorum gegenüber den Pyämiden.

Perutz, Alfred. Über einen Fall von Gingivitis gonorrhoica. p. 102.

Selbstinfektion des Zahnfleisches des Unterkiefers von der kranken Harnröhre aus. Lockerung und starke Rötung



der Gingiva mit Neigung zu Blutungen, starke Schwellung mit Bildung von kleinen flachen Ulzerationen oder bläulich-weißem Belag; Salivation, Eiterung bei Druck auf das Zahnfleisch. Gonokokken +. Heilung nach Spülungen mit H_2O_2 und Tuschieren des Zahnfleisches mit 5—10% Choleval. Die erkrankte Gingiva reagierte lokal auf Gonokokkenvakzineinjektion.

Richter. Kalipermanganbehandlung der Bartflechte. p. 105.

Pinselungen mit 5% Kalipermanganlösung (+ 3% Borsäure) und Umschläge mit āā 1% Kal. hypermang., Acid. boric., Natr. bicarbon.-Lösung ergaben gute Erfolge.

Nr. 8.

Gutmann, C. Über Novasurol. p. 113.

Novasurol wird im allgemeinen gut und ohne Schädigung vertragen. Es ist geeignet zur Einleitung energischer und zur Durchführung von Zwischen- oder milden Kuren bei schwächlichen Luetikern und solchen mit empfindlichen oder anderweitig erkrankten inneren Organen.

Nr. 9.

Hecht, H. Untersuchungen über den Sitz der genitalen Geschwüre beim Manne. p. 129.

Durch ein Netzsystem teilt Hecht die Oberfläche des Penis derart in Felder, daß die Bestimmung des Sitzes von Geschwüren dadurch sehr vereinfacht wird. Er fand, daß 3/4 aller Geschwüre an der Eichelrinne, der Vorhaut und dem Bändchen vorkommen. Diese Erkenntnis ist wichtig für die Reinigung nach dem Koitus. „Es wäre zu erwägen, ob nicht mit Hinblick auf die ungeheuere Steigerung der Geschlechtskrankheiten in und nach dem Kriege, die Ärzte die Beseitigung der Vorhaut und des Bändchens allgemein empfehlen sollten". Das Fehlen der Vorhaut vermindert die Zahl der Geschwüre, besonders gilt dies für Ulcus molle.

Jacob, P. Erfahrungen mit der Granugenpasta. p. 137.

Gute Erfolge bei Ulcera cruris.

Nr. 10.

Galewsky. Über das gehäufte Auftreten der Trichophytie. Vorschläge zur Behandlung und zur Verhinderung der Ausbreitung im Heere. p. 145.

Die Trichophytie nahm ihren Weg aus dem Westen und kam von der Front über Köln, Frankfurt a. M., Berlin im Jahre 1917 nach Dresden. Gleichzeitig ging sie dann



auch auf die anderen Städte über. Rascher Übergang auf die Zivilbevölkerung. Die Übertragung geschieht, außer in Rasierstuben, durch das Anprobieren und Anlegen der Gasmasken, durch Gebrauch der alten Wachmäntel und Wolldecken. Auch sonst durch gemeinsame Gebrauchsgegenstände. Die Prophylaxe muß in Isolierung der Erkrankten, rascher und energischer Behandlung, Hygiene der Barbierstuben, Einschränkung der Übertragungsmöglichkeiten etc. bestehen. Die Behandlung hat vor allem in wöchentlicher Epilation mit Pinzette zu bestehen. Röntgenstrahlen verwendet Verf. nur als epilationsbefördernd und zur Aufsaugung aller derber Infiltrate. Jede antiparasitäre Behandlung ist zu empfehlen und nützt bis zu einem gewissen Punkte.

Delbanco, E. Leo Leistikow. Nekrolog.

Nr. 11.

Levin, E. Krieg, Geschlechtskrankheiten und Prostitution in ihren Wechselbeziehungen. Kritische Referate. I. Allgemeiner Einfluß des Krieges auf die Geschlechtskrankheiten und Besonderheiten in deren Auftreten. p. 161.

Referat.

Eitel, Wilhelm. Die Behandlung der Syphilis mit Novasurol. p. 164.

Vorzüge des Novasurol: sehr geringe Schmerzhaftigkeit der Injektionen, sehr geringe Nebenwirkungen, prompte Wirkung auf fast alle luetischen Haut- und Schleimhauteruptionen. Nachteil: ziemlich geringe Dauerwirkung.

Nr. 12.

Salomon, O. Ein Beitrag zur Darierschen Erkrankung. p. 177.

Ausgebreitete, seit 34 Jahren bestehende Erkrankung (identisch mit dem von Geissen 1901 veröffentlichten Fall).

Levin, E. Krieg, Geschlechtskrankheiten und Prostitution in ihren Wechselbeziehungen. Kritische Referate. II.

Referat über die Arbeiten, welche sich mit der Bedeutung der Geschlechtskrankheiten für das Heer und die Maßnahmen zu ihrer Bekämpfung beschäftigen,

Nr. 13.

Kreibich, C. Zu Blochs Dopareaktion. p. 193.

Bloch hat die Behauptung aufgestellt, daß die Pigmentbildung in Haut und Haaren auf einem enzymatischen Oxydations- und Kondensationsprozeß beruht, der durch die Tätigkeit eines absolut spezifischen intrazellularen



Oxydationsfermentes, der Dopaoxydase, zustande kommt. Durch diese wird fermenthaltigen Hautschnitten zugesetztes Dyoxyphenylalanin zu einem dunklen Reaktionsprodukt oxydiert. Mit großer Wahrscheinlichkeit ist nach Bloch das Dyoxyphenylalanin selbst oder doch ein ihm sehr nahestehender verwandter Körper als die Muttersubstanz des Pigmentes anzusehen. Diese Reaktion ist nun Kreibich auch mit Diamethylphenylendiamin (para) gelungen.

Levin, E. Krieg, Geschlechtskrankheiten und Prostitution in ihren Wechselbeziehungen. Kritische Referate. p. 195.

Fortsetzung.

Nr. 14.

Lichtwitz, L. Über die Bildung der Harn- und Gallensteine. p. 209.

Die Steinbildung kommt durch Abscheidung fester Substanzen aus Lösungen zustande. Die Untersuchung der Löslichkeiten der Steinbildner in Harn und Galle hat ergeben, daß bei allen der Zustand der Übersättigung besteht, der, sehr wenig stabil, durch die Anwesenheit fein verteilter Biokolloide sehr beträchtliche Beständigkeit gewinnt. Verschlechterung des Verteilungsgrades dieser Schutzkolloide, sowie Reaktion des Mediums und Konzentration der Steinbildner sind Bedingungen zur Entstehung eines Sedimentes. Diese Sedimente bilden die Kerne der Steine, auch andere beliebige Stoffe, die der sie umgebenden Flüssigkeit eine fremde Oberfläche bieten, an welcher Stoffe angereichert werden. Die Biokolloide gerinnen bei dieser Anreicherung und bilden allmählich konzentrische Schichten. Dadurch entstehen Eiweißsteine, die sich dann inkrustieren. Die Versteinerung der Schichten kann bei normalen und selbst bei niedrigen Konzentrationen der versteinernden Stoffe vor sich gehen. Es liegt also der Verkrustung des Steines keine Stoffwechselanomalie zugrunde. Die radiären Cholesterinsteine, die keine konzentrische Schichtung und keine zusammenhängende Gerüstsubstanz haben, entstehen dadurch, daß das Cholesterin selbst ein stark resorbierbarer Stoff ist, also primär angelagert wird und außerdem große Neigung zur Kristallisation hat. Die Kalksteine der Galle bilden sich nicht auf entzündlicher Basis. Bezüglich der Harnsteine läßt sich sagen, daß alle, die reichlich Ammoniak enthalten, sicher entzündlichen Ursprung haben. Eine große Zahl von Harnsteinen reicht mit ihren Anfängen in die früheste Jugend zurück und hat sicher mit entzündlichen Vorgängen nichts zu tun.

Samson, S. Über die Blasenschwäche der Frauen. p. 213.

Nichts wesentlich neues. Blasenbeschwerden bei Dysmenorrhoe behandelte Samson erfolgreich mit Testestabletten; auch die letztere wird günstig beeinflußt. Ätiologische Therapie führt in vielen Fällen zum Erfolg, Auch Massage des Blasenhalses ist aussichtsreich.

Nr. 15.

Bruhns, C. Zur gegenwärtigen Bartflechtenepidemie. p. 225.

In Berlin wurde auch bedeutende Zunahme der Bartflechtenerkrankungen beobachtet. Von 73 bakteriologisch untersuchten Fällen fand sich in 24 das Trichoph. gipseum, in 37 Trichoph. cerebriforme, in 12 Epidermophyton inguinale. In 6 dieser 12 Fälle handelte es sich um kein typisches Ekzema marginatum. Umgekehrt fand sich bei 2 Fällen von Ekzema marginatum das Trichophyton gipseum, ebenso in einem Falle von Trichophytie des Nagelbettes. Zur Prophylaxe empfiehlt Bruhns vor allem Selbstrasieren, für die schon Erkrankten besondere Rasierstätten. Die Behandlung muß neben den bekannten antiparasitären Mitteln besonders in methodischer Epilation, am besten durch Röntgen, geschehen. Auch bei flachen Herden in behaarter Gegend soll röntgenisiert werden. Intensive Wärmebehandlung leistet noch immer die besten Dienste.

Schrader, W. Zur Behandlung der Blasenschwäche und der Enuresis nocturna. p. 230.

Empfehlung der Massage des Blasenhalses von Vagina oder Rektum aus.

Nr. 16.

Fischer, W. Sycosis parasitaria durch ein neues Mikrosporon vom Tiertyp (M. xanthodes). p. 241.

In einem Fall von furunkelähnlicher parasitärer Sykosis fand sich um abgebrochene Haare ein mikroider Sporenmantel, der eine sehr üppige, sandgelbe, stumpfflächenhafte Kultur mit radiär angeordneter Strahlenbildung entstehen ließ. Die Fruktifikationsvorgänge. speziell die Entwicklung massenhafter endständiger Spindelsporen weisen den Pilz in die Gruppe der tierischen Mikrosporen. Fischer nennt ihn Mikrosporon xanthodes.

Levin, E. Krieg, Geschlechtskrankheiten und Prostitution in ihren Wechselbeziehungen. Kritische Referate. III. Die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten beim Heere. p. 248.

Referat.



Nr. 17.

Henri, G. Hautkrankheiten bei farbigen Rassen. Beiträge aus den deutschen Schutzgebieten. p. 257.

Psoriasis und Lupus sind bei farbigen Rassen äußerst selten, dagegen parasitäre Erkrankungen sehr häufig. Verf. schildert von letzteren ausführlich Tinea imbricata, Tinea circinata (Ringworm), Herpes tonsurans und Pityriasis versicolor. Von sonstigen Hautkrankheiten kommen besonders Impetigo contagiosa, Molluscum contagiosum, Ekzeme verschiedener Formen und Ulcus cruris zur Beobachtung. (Nicht beendet.)

Levin, E. Krieg, Geschlechtskrankheiten und Prostitution in ihren Wechselbeziehungen. Kritische Referate. IV. Die Behandlung der Geschlechtskrankheiten im Felde. p. 275.

Referat. Ludwig Waelsch (Prag).

Dermatologisches Zentralblatt.

XXI. Jahrgang. Nr. 2.

Wolff. Metz. Der Krieg und die sexuelle Neurasthenie. p. 18.

Menschen, die alle Strapazen des Krieges, alle Entbehrungen etc. tapfer ertragen haben, werden oft Sexualneurastheniker, sobald sie ein chronisches Leiden im Bereich der Geschlechtsorgane, im besonderen aber an der Prostata und den ihr benachbarten Anhangsorganen haben. Der Arzt soll sich solcher an ihrer sexuellen Seele Erkrankten, die eine unklare, verworrene Vorstellung vom eigentlichen Wesen der Geschlechtskrankheiten und ihrer Heilungsmöglichkeit haben, annehmen, er soll es versuchen, ihnen das Wesen ihrer Beschwerden zu erklären und soll auf die Vorstellungen und Klagen des Pat. liebevoll eingehen.

Nr. 3.

Wolff, Metz. Über Involutionsformen des Gonokokkus Neisser und ihre Bedeutung für die Praxis. p. 34.

Wolff bestätigt nach eigenen Beobachtungen die Wahrnehmungen früherer Autoren über die allmählichen Übergänge von atypischen Formen des Gonokokkus zu den typischen, sowohl bei der sog. latenten Gonorrhoe, d. h. bei solcher, die angeblich dem Pat. keine Beschwerden machte und klinisch nicht mehr vorhanden zu sein schien, als auch bei der chronisch verlaufenden Gonorrhoe. Autor hebt auch



in diesen Fällen, sowie bei Formen, bei denen überhaupt keine Gonokokken nachzuweisen sind, den diagnostischen Wert der Gonokokkenvakzine hervor. Für die Praxis wären folgende neue Gesichtspunkte aufzustellen: 1. Entscheidung, ob auch Involutionsformen zu finden sind. 2. Versuch der Auffrischung solcher Involutionsformen im Wege des „biologischen Experimentes" nach Asch und Bruch. 3. Beachtung der eventuell im Plattenepithel gonorrhoischer Sekrete nachweisbaren Gonokokken-Involutionsformen. 4. Versuch, auch diese in normale Form überzuführen durch die Vakzineinjektion.

Nr. 4.

Joseph, Max. Balneotherapie und Sanatoriumbehandlung der Hautkrankheiten. p. 50.

Die verhältnismäßig geringe Bedeutung der Bäderlehre für die Dermatologie ist dadurch begründet, daß die entzündete Haut den Reiz des Bades mit einer für das dermatologische Krankheitsbild nicht sehr günstigen Gegenreaktion beantwortet. Verf. bespricht dann die Wirksamkeit der verschiedenen Schwefel- und Jodbäder, der Kochsalzthermen und Wildbäder, der alkalisch-erdigen Quellen und der Eisenquellen. Neben dem Gebrauche von Bädern ist ein Hauptgewicht auf die sachgemäße lokale dermatologische Behandlung zu legen und es sind diejenigen Bäder zu bevorzugen, in denen der Kranke gut eingerichtete Sanatorien vorfindet.

Nr. 5.

Wagner-Katz, Else. Ein Beitrag zur Kasuistik der Pityriasis lichenoides chronica. p. 66.

Ein Fall von Pityriasis lichenoides chronica ist nach vierjährigem unverändertem Bestehen, trotzdem während dieser Zeit die verschiedensten therapeutischen Maßnahmen angewendet wurden, während einer Gravidität und daran anschließender Laktationsperiode zur Abheilung aller sichtbaren Symptome gekommen. Autorin ist geneigt, wegen des Verschwindens der Affektion während der Schwangerschaft und Stillzeit die Pityriasis lichenoides als eine Dermatose, die in das Gebiet der diathetischen Affektionen gehört, anzusehen.

Nr. 6.

Freyvogel, Hans. Rhodalzid, ein Mittel zur Behandlung und Prophylaxe von Stomatitiden. p. 82.

Autor untersuchte in fortlaufenden Beobachtungen den Speichel von Luetikern in Bezug auf den Rhodangehalt vor und während der Kur und beobachtete gleichzeitig das Verhalten der Mundschleimhäute und der Rachenorgane

bei Fehlen oder vermindertem Rhodangehalt des Speichels. Im Laufe der antiluetischen Kur nahm der Rhodangehalt immer mehr ab, parallel damit ging das Auftreten einer Stomatitis. Den prozentual höheren Rhodangehalt bei den männlichen Luetikern führt Freyvogel darauf zurück, daß die meisten starke Raucher waren. Auch wurden bei den Männern nie so starke Stomatitiden beobachtet, wie jene, die bei Frauen von einem Tag auf den andern auftraten. Bei 18 Luetikern, die wegen einer im Laufe der antiluetischen Kur aufgetretenen Stomatitis nach der Vorschrift Lohmanns mit Rhodalzid-Tabletten oder vom Beginn der Kur an prophylaktisch behandelt wurden, konnte schnelle und gute therapeutische Wirkung beobachtet werden.

Nr. 7.

Wolff, Metz. Neue Wege zur Heilung von Syphilis und Gonorrhoe? p. 98.

In Verfolgung der Verwertung der vitalen Farbstoffe in Bezug auf ihre elektive Heilwirkung gab Wolff intern Methylenblau nach dem Vorgang Ehrlichs in Dosen von 0·05 bis 0·10 kombiniert mit Nux moschata in Geloduratkapseln. Von unangenehmen Nebenwirkungen wurde in einigen Fällen Retentio urinae beobachtet, die bei Aussetzen des Mittels bald nachließ. Es ließ sich auffällig frühes Versiegen des Ausflusses feststellen. Ebenso hatte Wolff mit der Einspritzung eines methylenblauen Silberpräparates (Argochrom) gute Resultate. Er ließ neben den Methylenblaukapseln durch den Pat. selbst $^1/_4$—$^1/_2$—1% Lösung von Argochrom in die vordere Harnröhre einspritzen. Im Anschluß an die Versuche Appels zur therapeutischen Beeinflussung der Malaria durch Methylenblau in Kombination mit Neosalvarsan empfiehlt Wolff eine analoge Behandlungsweise bei Lues, um das Methylenblau — im Sinne Wassermanns — als Schiene sowohl für Quecksilber wie für Salvarsan zu verwenden.

Nr. 8.

Wolff, Metz. Zur Darstellung der Spirochaeta pallida. p. 114.

Wolff ist es gelungen, die Spirochäte nicht nur in den sichtbaren syphilitischen Affektionen der Haut- und Schleimhäute, sondern auch im Blute der Armvene darzustellen. Mit einer feinen, 2 Tropfen einer $^1/_{10}$ normalen Natronlauge enthaltenden Pipette wird ein Tropfen Blut mit einem Tropfen Löfflers alkalischem Methylenblau gemischt und im hängenden Tropfen untersucht. Bei Einstellung mit Ölimmersion und Abblendung sieht Wolff

die Methylenblau sattgefärbten als sich bewegende Elemente erkennbaren Spirochäten, welche wie auf- und zugehende Spiralen oder pendelnd und dabei ihren Standort wechselnd erscheinen. Die Ausbeute an Spirochäten ist eine größere, wenn der zu untersuchende Blutstropfen nach Zentrifugieren des Blutes aus dem Serum und der oberhalb des Blutkuchens befindlichen Schichte genommen wird.

Nr. 9.

Paldrock, A. Pemphigus pruriginosus mit Karbolsäure geheilt. p. 129.

Bei einer 54jährigen Patientin, die seit mehr als $1^1/_2$ Jahren an Pemphigus pruriginosus leidet, wurde zuerst ohne Erfolg durch 6 Wochen frisch bereitetes Kalbsblutserum injiziert. Da Verdauungsstörungen auftraten, wurde die Behandlung ausgesetzt und Paldrock begann mit Injektionen $5^0/_0$ Karbolwassers. Gleich nach der 1. Injektion (1 *cm*³) zeigte sich Besserung sowohl in Bezug auf die Hauterscheinungen, als auch in Bezug auf das Allgemeinbefinden. Nach 4 Kuren von je 30—40 subkutanen Injektionen konnte Patientin in der Pirogoff-Gesellschaft geheilt vorgestellt werden.

Nr. 10.

Boruttan, H. Über die Eigenschaften der Salbengrundlage „Lovan". p. 145.

Lovan stellt eine Kombination von brauchbarem Lanolinersatz mit unschädlicher Kriegsvaseline dar (schwacher petroleumähnlicher Geruch). Reizwirkung auf die Haut konnte nicht beobachtet werden. Versuche über Hautresorption von Lovan mit Salizylsäure, Jod, metallischem Hg und Jodkalium fielen befriedigend aus. Verf. sieht in Lovan eine brauchbare Salbengrundlage und einen willkommenen Lanolinersatz.

Nr. 11, 12.

Keine Originalartikel.

XXII. Jahrgang. Nr. 1.

Joseph, Max. Über Trichophytie. p. 2.

Max, Joseph, nimmt die Inkubationszeit der Trichophytie auf Grund eigener Beobachtungen 3—4 Tage an. Prophylaktisch empfiehlt Verf., daß jeder seine Seife und Pinsel zum Barbier mitbringe, um sich selbst einzuseifen und mit seinem eigenen Messer rasieren zu lassen. Der Barbier muß seine Hände mit $1^0/_{00}$ Sublimatlösung abreiben. Die oberflächlichen Trichophytien werden mit $10^0/_0$ Salizylseifenspiritus in der Weise behandelt, daß jeder einzelne Herd 4 bis 5 Tage 2—3 mal täglich tüchtig eingepinselt



wird. Bei den tiefen Trichophytien, bei denen sich derbe Knoten bilden, läßt Verf. tagsüber Sublimatumschläge (1 : 1000), anfangs kalt, später warm, machen, über Nacht Verbände mit Ungt. Hydr. sulfur. oder weißer Präzipitatsalbe. Rasieren ist zu vermeiden, dagegen kann der Bart mit einer $\frac{1}{2}$ *mm*-Maschine kurz geschnitten werden.

Nr. 2.

Joseph, Max und *Konheim*, W. Über Fulmarginbehandlung. p. 18.

Im Verlaufe von $1\frac{1}{2}$ Jahren wurden fast alle Fälle von Epididymitis gonorrhoica mit Fulmargin behandelt. Die Autoren erzielten bei täglicher intravenöser Injektion einer Ampulle günstige Heilerfolge. Das Mittel kann wegen seiner Schmerz- und Reizlosigkeit auch in ganz akuten Fällen angewendet werden. Schmerzen, Schwellung und Rötung der erkrankten Hodenhälfte nahm schon nach der ersten Injektion ab. Gute Erfolge ergab die Behandlung bei Artritis gonorrhoica, während das Fulmargin bei Prostatitis gonorrhoica erfolglos blieb. Bei 4 Fällen von Epididymitis tuberculosa trat eine bedeutende Besserung und Linderung der Schmerzen nach Fulmargin ein.

Hugo Fasal (Wien).

Zeitschrift für Sexualwissenschaft.

Bd. IV. Heft 9—12.

Traube, J. Physikalisch-chemische Betrachtung über den Befruchtungsvorgang. Die Bedeutung oberflächenaktiver Stoffe. p. 265.

Man kann sich vorstellen, daß der Kopf des Samenfadens reich an oberflächenaktiven Stoffen ist, die teilweise, besonders am spitzen Ende abgegeben werden; dorthin bewegt sich das Spermatozoon. Das erste sichtbare Zeichen der beginnenden Befruchtung (der Empfängnishügel) ist ein Quellungsphänomen. Die Bildung der Befruchtungsmembran wäre als Ausscheidung von Kolloiden durch oberflächenaktive Stoffe zu betrachten. Der Kopf des Samenfadens nimmt allmählich Kugelgestalt an durch Ausgleich der Oberflächenspannung. Die parthenogenotischen Versuche von Loeb, E. und Hertwig, O. u. a. sprechen für diese Hypothese.

Zeiler, A. Die wirtschaftliche Schwäche der Familie als Gefahr für die Volkskraft. p. 273, 301, 352.



Hirschfeld, M. Metatropismus. p. 280, 295, 343.

Im allgemeinen hat im Geschlechtsleben der Mann eine aktivere, das Weib eine passivere Rolle; diesen normalen Zustand kann man sexuellen Tropismus nennen. Ein abnormes Verhalten, das dem Manne eine passive, dem Weibe eine aktive Rolle zuteilt, kann als Metatropismus bezeichnet werden. Dieser Ausdruck wäre besser als die bis jetzt für bestimmte Anomalien verwendeten wie Sadismus, Masochismus, aktive oder passive Algolagnie; er kennzeichnet auch besser, daß Metatropisten das Gegenteil von dem wünschen und begehrenswert finden, was Normale anzieht.

Saaler, B. Über die Krankheit Nietzsches. p. 290.

Im Gegensatz zu Stekel, der Nietzsches Krankheit für paranoisch hält, steht S. auf dem Standpunkte von Möbius, der sie als progressive Paralyse erklärt.

Giese, F. Die anomale Transvestie in ihrem Erlebniswert. p. 307.

Marcinowski, J. Die erotischen Quellen der Minderwertigkeitsgefühle. p. 313.

Hamilton, L. Beiträge zu Oskar Wildes Biographie. p. 321.

Bei einem Prozeß, den 1913 Lord Douglas gegen einen Biographen Wildes anstrengte, wurden bisher unveröffentlichte Teile von „De Profundis" vorgelesen; sie enthalten wichtige Beiträge zum Verständnis des Verhältnisses von Wilde zu Lord Douglas.

Pirkner, E. H. F. Leben und Eugenik. p. 332.

Bd. V. Heft 1—3.

Kammerer, P. Sexualität und Symmetrie. Ein Beitrag zur Kritik der Periodenlehre von Wilhelm Fließ und Hans Schlieper. p. 1 und 41.

Ein Kausalnexus zwischen Symmetrie und Geschlecht besteht in keiner Weise und auf keinem Gebiete des Lebens. Die Gleichheit zwischen rechter und linker Körperhälfte ist nie vollkommen; da meistens die rechte Seite vorherrscht, ist die Umkehrung um so auffälliger. Zu solchen Abweichungen von dem Mittelwert gehören auch geschlechtliche Zwischenstufen, Künstler u. dgl. Teilweise oder gänzliche Linksheit, produktive Begabung aller Art und Androgynie bzw. Gynandrie werden daher öfter in Kombination treten; es besteht aber zwischen ihnen keinerlei direkte, kausale Korrelation. Ohne daher auf die Flanken des Organismus und der Organe ungleichmäßig verteilt zu sein, ist jede lebende Substanz doppelt-geschlechtlich. Die Geschlechter werden zufolge dem Mechanismus der Reduktionsteilung genau im Verhältnis 1 : 1 hergestellt; 23 : 28 hat nichts damit zu tun.

Gerson, A. Darwin in Not. p. 12 und 55.

Fehlinger, H. Geschlechtsgemeinschaften. p. 22.

Schneickert, H. Zur Geschichte der Berliner Bordelle. p. 61.

Das älteste Bordell bestand in der letzten Hälfte des 15. Jahrhunderts. Unter Friedrich III. wurden alle Bordelle geschlossen und die Prostituierten eingesperrt. Nach einiger Zeit trat aber wieder der alte Zustand ein. Nach dem ältesten Berliner Bordellreglement (1700) mußte in jedem Viertel der Stadt ein dazu bestellter Chirurgus forensis die Dirnen alle 14 Tage untersuchen; Honorar zwei Groschen. Nach Beendigung des 7jährigen Krieges gab es 1780 an 100 Bordelle in Berlin. 1791 wurde ein neues Reglement eingeführt, das bis 1829 in Geltung blieb. Im Jahre 1841 gab es 28 Bordelle mit 246, 1844 bloß 24 mit 240 Dirnen. Auf Grund mannigfacher Beschwerden und Eingaben wurden Ende 1845 alle Bordelle geschlossen.

Dück, J. Frauenschicksal — Völkerschicksal. p. 81.

Ninna Praetorius. Zwei französische Dichter des 17. Jahrhunderts (Théophile de Viau und Jacques Vallée Des Barreaux) und ihre Beziehungen zur Homosexualität. p. 95.

Nicht zu kurzem Referate geeignet.

Hugo Hecht (Prag).

Varia.

Vollzugsanweisung des Deutschösterreichischen Staatsamtes für Volksgesundheit vom 21. November 1918, betreffend die Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Geschlechtskrankheiten. Auf Grund besonderer Ermächtigung des deutschösterreichischen Staatsrates wird vom Staatsamt für Volksgesundheit verordnet, wie folgt:

Umfang der Vollzugsanweisung. § 1. Übertragbare Geschlechtskrankheiten im Sinne dieser Vollzugsanweisung sind: *a*) Tripper, sowohl der Harn- und Geschlechtsorgane als der Augenbindehaut und der Mastdarmschleimhaut, *b*) weicher Schanker, *c*) Syphilis im primären, sekundären und tertiären Stadium, endlich angeborene Syphilis.

Allgemeine Behandlungspflicht. § 2. Jeder Geschlechtskranke ist verpflichtet, sich während der Dauer der Übertragbarkeit der Krankheit der ärztlichen Behandlung zu unterziehen. Bei Pflegebefohlenen hat auch jene Person für die ärztliche Behandlung des Kranken zu sorgen, welche die Aufsicht über den Pflegebefohlenen führt. Der Kranke oder die über den Kranken Aufsicht führende Person hat der Sanitätsbehörde und im Falle der Zugehörigkeit des Kranken zu einer Krankenkasse oder ähnlichen Zwangsorganisation, die gesundheitliche Aufgaben zu lösen hat, auch dieser auf Verlangen den Nachweis der ärztlichen Behandlung zu erbringen.

Untersuchung Krankheitsverdächtiger. § 3. Personen, von denen mit Grund angenommen werden kann, daß sie geschlechtskrank sind und nicht in ärztlicher Behandlung stehen, können von der

Sanitätsbehörde verhalten werden, ein ärztliches Zeugnis zu erbringen und sich erforderlichenfalls einer Untersuchung zu unterziehen.

Beschränkte Anzeigepflicht. § 4. Der Arzt, der in Ausübung seines Berufes von dem Falle einer Geschlechtserkrankung Kenntnis erhält, ist zur Anzeige des Falles verpflichtet, wenn eine Weiterverbreitung der Krankheit zu befürchten ist. § 5. Die Anzeige (§ 4) ist an den Amtsarzt der Sanitätsbehörde zu erstatten. Nähere Bestimmungen über Inhalt, Form und Art der Anzeige werden durch besondere Vorschriften getroffen. Bei Militärpersonen hat der Amtsarzt die Anzeige an die zuständige Militärbehörde zu leiten.

Beratungs- und Behandlungsstellen. § 6. Zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten werden unter Aufsicht der staatlichen Gesundheitsverwaltung Beratungs- und Behandlungsstellen für Geschlechtskranke errichtet. Einrichtung und Wirkungskreis dieser Stellen werden durch besondere Vorschriften bestimmt.

Behandlung und Überwachung. § 7. Der Amtsarzt hat auf Grund der ihm zugekommenen Anzeige die Vorladung des Kranken nach der zuständigen Beratungs- und Behandlungsstelle für Geschlechtskranke zu veranlassen. Der ärztliche Leiter der Beratungs- und Behandlungsstelle entscheidet, ob der Kranke in Privatbehandlung verbleiben kann oder in ambulatorische Behandlung der Stelle genommen wird oder ob die Abgabe des Kranken in eine Abteilung für geschlechtskranke Personen erfolgen muß. Von dieser Entscheidung ist der zuständige Amtsarzt unverzüglich zu verständigen. Wo eine solche Beratungs- und Behandlungsstelle nicht vorhanden ist, hat der Amtsarzt die Abgabe des Kranken in eine Krankenanstalt zu veranlassen oder die ambulatorische Behandlung des Kranken zu sichern. Nach Abschluß der Behandlung kann von der Sanitätsbehörde die gesundheitliche Überwachung, das heißt die regelmäßige ärztliche Nachschau angeordnet werden. § 8. Für Kranke in Privatbehandlung kann nach Abschluß der Behandlung die gesundheitliche Überwachung (§ 7) durch den Privatarzt oder durch die Beratungs- und Behandlungsstelle sichergestellt werden. § 9. Geschlechtskranken darf die Aufnahme in einem öffentlichen Krankenhause während der Dauer der Übertragbarkeit — sofern statutarische Bestimmungen nicht entgegenstehen — nicht verweigert werden. Sie haben während dieser Zeit im Krankenhaus zu verbleiben, es sei denn, daß der berufene Krankenhausarzt eine ambulatorische Behandlung für zulässig erklärt. Von dieser Erklärung hat die Krankenhausleitung den Amtsarzt der zuständigen Sanitätsbehörde unverzüglich in Kenntnis zu setzen. Wurde die ambulatorische Behandlung angeordnet oder für zulässig erklärt, ist der Kranke verpflichtet, die vom Arzte getroffenen Maßnahmen zu befolgen und sich der verfügten Überwachung (§§ 7 und 8) zu unterwerfen. § 10. Die aus dem Militärverband entlassenen und von den Militärbehörden dem Amtsarzte der Sanitätsbehörde gemeldeten Kranken und Ansteckungsverdächtigen sind der Behandlung und etwa notwendigen Überwachung (§§ 7 und 9) zu unterziehen.

Belehrung Geschlechtskranker. § 11. Jeder Arzt, der einen Geschlechtskranken untersucht oder behandelt, ist verpflichtet, ihn über die durch die Erkrankung für die Umgebung insbesondere bei Geschlechtsverkehr bestehenden Gefahren zu belehren und ihm ein bezügliches von der Behörde herausgegebenes Merkblatt zu übergeben.

Verbotene Behandlungsarten. § 12. 1. Wer briefliche Behandlung von Geschlechtskranken und die Zusendung von Medikamenten ankündigt, dann Medikamente zur Selbstbehandlung ankündigt oder anpreist. 2. der Arzt, der die Behandlung von Geschlechtskranken in der Tagespresse ankündigt oder Geschlechtskranke nicht auf Grund eigener Wahrnehmung behandelt (Fernbehandlung), wird von der politischen Behörde mit Geldstrafe bis zu 10.000 K oder mit Arrest bis zu drei Monaten



bestraft. Gegebenenfalls können beide Strafen gleichzeitig verhängt werden. Das Ankündigen von Mitteln, Gegenständen oder Verfahren zur Heilung oder Linderung von Geschlechtskrankheiten an Ärzte oder Apotheker oder an Personen, die befugt sind, mit solchen Mitteln Handel zu treiben, oder in der Fachpresse ist gestattet.

Allgemeine Strafbestimmung. § 13. Übertretungen dieser Vollzugsanweisung und der auf Grund derselben getroffenen Anordnungen werden, insofern nicht nach einer anderen Bestimmung eine strengere Strafe zu verhängen ist, mit Geldstrafen bis zu 5000 K oder Arrest bis zu zwei Monaten bestraft.

Besondere Aufgaben der staatlichen Gesundheitsverwaltung. § 14. Der staatlichen Gesundheitsverwaltung obliegt insbesondere: 1. Die Aufklärung und planmäßige Belehrung der Bevölkerung über die Gefahr eines außerehelichen Geschlechtsverkehres und die Bedeutung geschlechtlicher Erkrankungen; 2. die Förderung der Errichtung und des Betriebes von Beratungs- und Behandlungsstellen (§ 6) und Ambulatorien, namentlich die Förderung der unentgeltlichen ärztlichen Behandlung und Beistellung von Heilmitteln; 3. die Bestellung von fachmännisch geschulten Wanderärzten nach Maßgabe und für die Dauer des Bedarfes; 4. die Förderung der Errichtung von spitalsmäßigen Unterkünften für Geschlechtskranke unter Bedachtnahme auf gewerbliche Beschäftigung und Ausbildung; 5. die Förderung von Einrichtungen für die gewerbliche Beschäftigung und Ausbildung jugendlicher geschlechtskranker Personen weiblichen Geschlechtes, sowie der Errichtung von Fürsorgestellen für jugendliche Prostituierte; 6. die Förderung von Arbeitskolonien für unheilbare Prostituierte; 7. die Förderung der Errichtung von Heimen für hereditäre luetische Kinder; 8. die Vorsorge für bakteriologisch-diagnostische und serologische Untersuchungen.

Kostenbestreitung aus dem Staatsschatze. § 15. In den Staatsvoranschlag ist der in dem betreffenden Verwaltungsjahr zur Sicherung des Erfolges dieser Vollzugsanweisung erforderliche Betrag einzusetzen. Sofern es sich um mittellose, nicht der Krankenversicherungspflicht unterliegende Kranke handelt, die nach § 7 der Spitalsbehandlung unterzogen wurden, hat der Staat die Verpflegskosten nach der billigsten Spitalsklasse zu tragen, wobei ihm die Ersatzansprüche für die Kosten der Verpflegung fremder Staatsangehöriger nach Maßgabe der besonderen Bestimmungen gewahrt bleiben. Das Staatsamt für Volksgesundheit ist ermächtigt, in bedürftigen Gemeinden, in denen die Geschlechtskrankheiten endemisch auftreten, insbesondere dort, wo dies durch die Kriegsereignisse verursacht wurde, im Bedarfsfalle Beihilfen zur Deckung der aus der Durchführung dieser Vollzugsanweisung sich ergebenden Kosten zu gewähren.

Sanitätsbehörde. § 16. Unter Sanitätsbehörde im Sinne der Vollzugsanweisung ist die politische Behörde erster Instanz zu verstehen.

Mitwirkung der Gemeinden. § 17. Die Gemeinden sind verpflichtet, bei der Ausführung der Vollzugsanweisung mitzuwirken.

Aufgaben der Ärzte. § 18. Die Ärzte sind verpflichtet, die durch die Vollzugsanweisung gegebenen Aufgaben und Einrichtungen zu fördern.

Wirkung von Berufungen. § 19. Rekursen (Berufungen) gegen Entscheidungen und Verfügungen, die auf Grund der Vollzugsanweisung oder der zur Durchführung derselben erlassenen Anordnungen getroffen werden, kommt eine aufschiebende Wirkung nicht zu. Eine Ausnahme hiervon findet nur insoweit statt, als es sich um die Vollstreckung von Straferkenntnissen handelt.

Wirksamkeit der Vollzugsanweisung. § 20. Die Vollzugsanweisung tritt mit dem Tage der Verlautbarung in Kraft.



Begründet von H. Auspitz und F. J. Pick.

Referate.

Archiv
für
Dermatologie und Syphilis.

Unter Mitwirkung von

ALMKVIST (Stockholm), AMICIS (Neapel), BETTMANN (Heidelberg), BLASCHKO (Berlin), BRUCK (Altona), BRUHNS (Berlin), BUSCHKE (Berlin), CEDERCREUTZ (Helsingfors), CRONQUIST (Malmö), DOHI (Tokio), EHLERS (Kopenhagen), EHRMANN (Wien), FABRY (Dortmund), FREUND (Wien), FRIEBOES (Rostock), GALEWSKY (Dresden), GIOVANNINI (Turin), GROSZ (Wien), GROUVEN (Halle), HAMMER (Stuttgart), HARTTUNG (Breslau), HAUCK (Erlangen), HELLER (Berlin), HEUCK (München), HOCHSINGER (Wien), JANOVSKY (Prag), JESIONEK (Gießen), JOSEPH (Berlin), JULIUSBERG (Posen), KLOTZ (New-York), KOPYTOWSKI (Warschau), KRZYSZTALOWICZ (Krakau), KYRLE (Wien), LEDERMANN (Berlin), LEWANDOWSKY (Basel), LINSER (Tübingen), LUKASIEWICZ (Lemberg), MAJOCCHI (Bologna), MATZENAUER (Graz), MAZZA (Modena), MEIROWSKY (Köln), MERK (Innsbruck), du MESNIL (Altona), NOBL (Wien), OPPENHEIM (Wien), v. PETERSEN (Petersburg), PHILIPPSON (Palermo), PINKUS (Berlin), POSPELOW (Moskau), PROKSCH (Wien), RIECKE (Leipzig), RILLE (Leipzig), ROSENTHAL (Berlin), SCHÄFFER (Breslau), H. E. SCHMIDT (Berlin), SCHOLTZ (Königsberg), SCHUMACHER II. (Aachen), SCHÜTZ (Frankfurt a. M.), SEIFERT (Würzburg), SPIETHOFF (Jena), STERN (Düsseldorf), TÖRÖK (Budapest), TOMASCZEWSKI (Berlin), TOUTON (Wiesbaden), ULLMANN (Wien), VIGNOLO-LUTATI (Turin), VÖRNER (Leipzig), VOLLMER (Kreuznach), WAELSCH (Prag), v. WATRASZEWSKI (Warschau), WECHSELMANN (Berlin), WINTERNITZ (Prag), v. ZEISSL (Wien), ZINSSER (Köln), v. ZUMBUSCH (München)

und in Gemeinschaft mit

Arndt, Straßburg; Arning, Hamburg; Bloch, Zürich; Czerny, Berlin; Finger, Wien; Herxheimer, Frankfurt a/M.; Hoffmann, Bonn; Klingmüller, Kiel; Kreibich, Prag; v. Noorden, Frankfurt a/M.; Riehl, Wien; Veiel, Cannstatt; Zieler, Würzburg

herausgegeben von

J. Jadassohn, Breslau und W. Pick, Wien.



CXXV. Band, 5. Heft.

Wien und **Leipzig**.
Wilhelm Braumüller,
Universitäts-Verlagsbuchhandlung (G. m. b. H.).
1919.

April 1919.



Inhalt:

Vom Archiv für Dermatologie und Syphilis erscheinen jährlich 2—3 Bände zum Preise von Mk. 40.— = K 48.—. Der Originalteil erscheint in zwangloser Folge, der Referatenteil allmonatlich in Heften von wechselndem Umfang. 72 Bogen bilden einen Band. Kostspielige Tafeln werden einem Bogen gleich berechnet. In allen Redaktionsangelegenheiten wolle man sich an Geheimrat Jadassohn (Breslau XVI, Maxstraße I) oder Privatdozent Dr. Walther Pick (Wien I., Plankengasse 6) wenden.

Die im Archiv erscheinenden Tafeln werden auch in losen Exemplaren für Projektionszwecke zum Preise von 10—20 Pf. pro Tafel im Abonnement abgegeben. Bestellungen durch die Verlagshandlung Wilhelm Braumüller, Wien IX, 1, Servitengasse 5.

Archiv für Dermatologie u. Syphilis. Berichtteil.
Bd. CXXV. Heft 5.

Die Lymphogranulomatosis.[1]

Von Dozent Dr. **Otto Kren,** Primararzt.

Meine Herren! Seit Paltauf und Sternberg die Lymphogranulomatosis aus dem großen Kapitel der Pseudoleukämien losgelöst haben, hat sich unsere Kenntnis über diese Erkrankung beträchtlich vertieft. Die ehemals enge Begrenzung wurde durch neue Fälle erweitert; und heute kennen wir Krankheitsbilder, die klinisch scheinbar weit abseits stehen von jenem erst beschriebenen Bilde, Krankheitsbilder, die unter völlig neuen Erscheinungen auftreten und die nach genauer Untersuchung doch der Lymphogranulomatosis zugehören. Es erscheint dadurch das Krankheitsbild der Lymphogranulomatosis, abgesehen z. B. von seiner Ätiologie, auch in seiner Morphe noch nicht abgeschlossen.

Die Symptome, unter denen die Lymphogranulomatosis auftritt, sind derart verschieden, d. h. die hervortretendsten Symptome sind derart verschieden lokalisiert, sowohl in den inneren Organen, wie in der Haut und den peripheren und inneren Anteilen des lymphatischen Apparates, daß es nicht Wunder nimmt, daß hierhergehörige Fälle in jedem Spezialfache der Medizin zur Beobachtung kommen. Internist, Chirurg und Dermatologe sind an diesem Krankheitsbilde am meisten interessiert und manche von diesen haben die befriedigende Erklärung eines klinisch oft recht komplizierten Falles erst durch den pathologischen Anatomen erhalten. Ein solcher Fall, der von verschiedener Seite durch Jahre hindurch beobachtet und auch erst durch die pathologische Anatomie geklärt worden ist, war der Ausgangspunkt für dieses Referat, das ich heute hier zu halten die Ehre habe.

Bevor ich jedoch auf die allgemein interessierenden Momente der Lymphogranulomatosis eingehe, möchte ich

[1]) Referat, erstattet in der Sitzung der Wiener dermatologischen Gesellschaft vom 11./VII. 1918.



mir doch erlauben, ganz kurz über obigen Fall zu berichten, der in extenso anderweitig noch seine Veröffentlichung finden wird.

Es handelt sich um einen 40jährigen Feuerwehrmann, der zur Zeit meiner, der letzten, Beobachtung bereits 4½ Jahre krank war. Über den Werdegang der ganzen Erkrankung und die Anfangserscheinungen will ich — weil sie die interessantesten Momente beinhalten — etwas genauer berichten.

Die Erkrankung begann mit einer Hautläsion der rechten Ferse, über deren Beschaffenheit der Patient keine Aufschlüsse geben konnte, die er aber auf einen Schuhdruck bezog. Diese Affektion wurde durch 1½ Jahre von den verschiedensten Ärzten vorwiegend antiluetisch behandelt, jedoch ohne nennenswerten Effekt. Es erfolgte deshalb Aufnahme auf die chirurgische Abteilung des Rudolfs-Spitales, wo ein ulzeröser Substanzverlust der rechten Ferse konstatiert wurde, der sarkomverdächtig war. Eine damals in der Prosektur des Rudolfs-Spitales durchgeführte bioptische Untersuchung konnte diesen Verdacht nur bestätigen, jedoch zu keiner sicheren Diagnose gelangen. Es wurde deshalb einige Zeit darnach eine zweite histologische Untersuchung ausgeführt, jedoch der gleiche Befund erhoben.

Da nunmehr inguinal die Drüsen anschwollen, entschloß sich Prof. Föderl zur Amputation des Unterschenkels und Ausräumung der inguinalen Drüsen.

Die genauere Untersuchung des amputierten Fußes und der exstirpierten Drüsen bestätigte aber die Diagnose eines Tumors durchaus nicht. An der Stelle der beiden Probeexzisionen war auch mikroskopisch kein Tumorgewebe nachweisbar, sondern nur Zeichen einer chronischen Entzündung. Auch die inguinalen Drüsen zeigten mikroskopisch nur das Bild einer chronisch entzündlichen Hyperplasie, ließen aber an keiner Stelle Geschwulstgewebe erkennen.

So blieb der Fall unaufgeklärt.

Zwei Jahre später stieß nun der Patient mit dem linken Knie an einen Pfosten, worauf sich an der Stelle der Kontusion eine Schwellung entwickelte, die allmählich exulzerierte.

Trotz mannigfacher Behandlung in den verschiedenen Spitälern Wiens vergrößerte sich das Geschwür über die ganze Kniegegend. Auch Salvarsan, Quecksilber und Jod brachten keinerlei Besserung.

Nach ca. ½jähriger nutzloser Behandlung wurde Patient an die chirurgische Abteilung Prof. Ewalds in das Sofien-Spital aufgenommen. Es bestand damals — wie ich aus der in dankenswerter Weise mir überlassenen Krankengeschichte kurz mitteilen möchte — über der linken Kniescheibe ein Geschwür mit deutlich serpiginösem Charakter, aufgeworfenen Rändern und jauchig belegtem Grunde. Es saß nur in der Haut und im Unterhautzellgewebe. Von ihm ausgehend erstreckte sich eine Kette von haselnuß- bis walnußgroßen Knoten an der Innenseite des Oberschenkels bis etwas zur Mitte desselben. Die Haut über denselben war violett verfärbt und verkrustet. Ähnliche, anscheinend dem Verlauf der Lymphwege entsprechend lokalisierte Knoten fanden sich auch an der Innenseite des rechten Oberschenkels. Von einem links an der Gesäßhaut befindlichen, flachen, violett verfärbten Knoten gab der Kranke an, daß früher an dieser Stelle ein Geschwür gesessen haben soll. Die Lymphknoten in den Achselhöhlen und Ellenbeugen waren nicht vergrößert, dagegen ließ sich in den Leistenbeugen je ein Konvolut von bis bohnengroßen, mäßig harten, gegeneinander etwas verschieblichen Lymphdrüsen nachweisen.

Eine nochmalige histologische Untersuchung aus dem Geschwür der Kniegegend durch Prof. Schlagenhaufer stellte ein „recht eigentümliches" Granulationsgewebe fest, aus welchem auch mit Rücksicht auf vorhandene Nekrosen nur mit einiger Wahrscheinlichkeit der Schluß auf einen gummösen Prozeß gezogen wurde.

Daraufhin wurde der Patient nun neuerlich mit Salvarsan und Asurol, lokal mit Lapissalbe behandelt. Das Geschwür verkleinerte sich und war bereits zum größten Teil überhäutet, als über dem anderen Knie ein neues Infiltrat sich entwickelte, das ebenfalls ulzerös zerfiel. Auch über dem Skrotum trat ein Infiltrat auf, das zerfiel. Während der ganzen Zeit bestand weder Schmerz noch Fieber.

Patient wurde dann auf die interne Abteilung verlegt und kam von hier am 18. August 1913 in meine Abteilung ins Kaiser-Jubiläums-Spital, wo er noch 2 Monate beobachtet werden konnte.

Zur Zeit der Aufnahme in meine Abteilung waren die Geschwüre an den unteren Extremitäten vernarbt; jedoch bestanden ein ulzeröses Infiltrat am Skrotum, auf dessen Beschreibung ich hier nicht eingehen will, und zirka kirschengroße Knoten über den Ellenbogen und je einer im Nacken und an der Nackenhaargrenze. Im weiteren Verlauf kam es noch zu isolierten Knoten von bis Walnußgröße über der Crena ani, über dem Mons veneris und in der rechten Inguinalgegend. Die Temperatur war unregelmäßig oft zwischen 38° und 39°.

Zirka 6 Wochen nach der Spitalsaufnahme entwickelte sich eine nekrotisierende Stomatitis.

Am 6. Oktober fiel die Temperatur zur Norm ab, doch kam es noch zu einer disseminierten Aussaat frischer Knoten am Stamm und in chorymböser Anordnung um das Skrotalulkus. In den nächsten Tagen folgte noch ein zweiter Nachschub neuer Knoten und eine auf den Vorderarm sich erstreckende Gangrän der linken Hand.

Am 11. Oktober trat unter lobulärpneumonischen Erscheinungen der Exitus letalis ein.

Eine Diagnose war nicht gestellt worden, auch zur Zeit der Vorstellung des Falles in der dermatologischen Sektion der Wiener Naturforscherversammlung im September 1913 wurde von keiner Seite eine bestimmte Ansicht über die Natur der Affektion geäußert.

Erst der pathologischen Anatomie war es möglich, die Diagnose auf Lymphogranulomatosis zu stellen und auch mikroskopisch zu verifizieren.

Zusammenfassend haben wir hier einen Fall von Lymphogranulomatosis vor uns, der — man möchte fast sagen — mit einem Primäraffekt der Haut begonnen hat, lange ziemlich lokalisiert geblieben ist, nach Jahren relativen Wohlbefindens ohne Allgemeinstörungen eine ziemlich große gummaähnliche Ulzeration gebildet hat und nur sehr begrenzte Ausbreitung, namentlich im Bereich der Haut und des peripheren Anteiles des lymphatischen Apparates erfahren hat. Erst dann ist es zur Verallgemeinerung mit Hauteruptionen gekommen. Die Diagnose schwankte zwischen Sarkom, Lues, Tuberkulose und sogar Jododerma und wurde richtig erst am Seziertisch gestellt.



Die Ursache, daß in diesem Falle die Diagnose nicht schon in vivo gestellt worden ist, liegt in dem bis nun nicht bekannten, zum ersten Male beobachteten ulzerösen Prozeß, ferner in der Art der von diesem Ulkus ausgehenden Lymphangitis und Lymphadenitis und ferner in dem Fehlen höhergradiger Lymphdrüsenschwellungen; denn überblicken wir, was von der Lymphogranulomatosis bis nun bekannt ist, so ergibt sich aus der Literatur wohl eine große Mannigfaltigkeit der Affektion und Inkonstanz der Erscheinungen, jedoch sind ähnliche Fälle nicht beschrieben.

Vor allem ist bekannt, daß die Lymphogranulomatosis auf der Haut überhaupt nur selten Symptome zeitigt und daß meist nur das Lymphdrüsensystem durch sie befallen wird; beschreibt doch Sternberg dieses Krankheitsbild als „eigenartige Tuberkulose des lymphatischen Apparates".

Gehen wir damit auf die dieses Kapitel der Pathologie begründenden Arbeiten älterer Literatur ein, so erweist sich zuerst, daß Paltauf und Sternberg aus der großen Gruppe von unscharf umschriebenen, nicht leukämischen Prozessen einen Symptomenkomplex losgelöst haben, der seine Selbständigkeit nun durch 20 Jahre bewiesen hat; denn vor der Sternbergschen grundlegenden Arbeit war der Stand der Zusammengehörigkeit aller dieser ähnlicher Affektionen ungefähr folgender:

1832 faßte Hodgkin alle jene Erkrankungen des lymphatischen Apparates zusammen, die mit Drüsenschwellungen und Milztumor einhergingen, ohne charakteristische Veränderungen des Blutbildes zu verursachen. In diese Gruppe — später als Hodgkinsche Erkrankung bezeichnet — gehörten Fälle der verschiedensten Affektionen; tuberkulöse, luetische und karzinommetastatische Drüsenschwellungen wurden damit zusammengeworfen. Erst 1865 griff Cohnheim aus dieser, der damaligen Auffassung der pathologischen Anatomie längst nicht mehr entsprechenden Gruppenbildung jene Fälle heraus, die unter dem Bilde fortschreitender Hyperplasie des lymphadenoiden Gewebes zur Kachexie führten, ohne jedoch im Blute eine Vermehrung der Lymphozyten zu zeigen. Er faßte diese Fälle als Pseudoleukämie zusammen. Auch in diese Gruppe waren noch verschiedene Erkrankungen zusammengeworfen, so die später wieder von Pinkus abgetrennte Form, die Lymphosarkome und die entzündlich infektiösen Granulome.

Erst Kundrat zog den hier noch vereinigten Erkrankungen eine Grenze durch die histologische Untersuchung, indem er rein hyperplastische Veränderungen des lymphadenoiden Gewebes von entzündlichen Granulationswucherungen trennte. Aus dieser letzteren Gruppe trennte dann 1898 Sternberg die „unter dem Bilde der Pseudoleukämie verlaufende Tuberkulose des lymphatischen Apparates" los, die wir jetzt allgemein als Lymphogranulomatosis bezeichnen.

Sternberg hat das pathologisch-anatomische Bild dieser Erkrankung eng umschrieben, und das histologische Bild, das bei der Mannigfaltigkeit des klinischen Verlaufes das ausschlaggebendste Moment darstellt, scharf gekennzeichnet. Allerdings ist seine histologische Beschreibung bloß für den lymphatischen Apparat und die Innenorgane gegeben. Was uns Dermatologen am meisten von der histologischen Struktur der Lymphogranulomatosis interessiert, wurde dann 1906 von Groß ergänzt durch die Mitteilung des ersten auf der Haut lokalisierten Falles. Die Gewebsstruktur der geschlossenen Hautknoten zeigte sich im allgemeinen identisch mit dem Granulationsgewebe des von Sternberg gegebenen Bildes. Sind die Hautknoten aber exulzeriert, dann müssen sie folgerichtig sekundäre Veränderungen aufweisen, die das primäre Bild des lymphogranulomatösen Infiltrates derart verändern, daß die Diagnose nicht mehr so eindeutig ist, daß ein Blick durchs Mikroskop ermöglicht. Es ist dadurch leicht einzusehen, daß für solche Fälle — namentlich des Initialstadiums — die einzige sichere Untersuchungsmethode, die mikroskopische Untersuchung, im Stiche lassen kann und bei eventuell sonstigem Mangel allgemein klinischer Symptome zu Fehldiagnosen führt. So begegnen wir in der Literatur öfters der Fehldiagnose eines Sarkoms wie z. B. in den Fällen Heinz, O. Meyer (Fall VIII), Samson. Und auch der eben kurz mitgeteilte Fall wurde anfangs auf Grund der histologischen Untersuchung für Sarkom gehalten.

Es erscheint deshalb für uns Kliniker vor allem wichtig, das Krankheitsbild aus den klinischen Symptomen soweit kennen zu lernen, daß wir bei allen eventuell in Frage kommenden Fällen auf etwaige andere Symptome untersuchen und der histologischen Untersuchung nur die Bestätigung oder Ablehnung der Diagnose übrig bleibt. Speziell die Diagnose Sarkom muß nach Möglichkeit soweit eingeschränkt werden, daß sie klinisch wenigstens mit



großer Wahrscheinlichkeit ausgeschaltet werden kann; denn gerade sie ist es, die durch die mikroskopische Untersuchung infolge des Reichtums an Rundzellen oftmals vorgetäuscht wird — wie die Fälle der Literatur beweisen.

Die Lymphogranulomatosis ist eine chronische Erkrankung, die in der Regel von der Schwellung einer Lymphdrüsengruppe ihren Ausgangspunkt nimmt, dann mehrere Drüsengruppen nacheinander befällt, im allgemeinen mit Milz- und Leberschwellung einhergeht und unter Anämie zum Tode führt. In vielen Fällen befällt die Lymphogranulomatosis außer den obgenannten Organen auch andere Innenorgane, jedoch nur sehr selten wird die Haut befallen. Gerade diese Fälle sind es, die uns interessieren.

In der Haut sind die Erscheinungen zweifacher Art; entweder es bestehen sogenannte nicht spezifische Erkrankungen, die in der Literatur als toxische angesprochen werden. Hierher gehören Pruritus (Waetzold, Blaschko) mit und ohne Pigmentationen, Pruritus mit Schwellung der Follikel (Kren), prurigoähnliche Erscheinungen (Dubreuilh, Herxheimer und Höhne), erythem- und pemphigusähnliche (Yamasaki, Bloch, Hoffmann, Königstein) und sogar skarlatiniforme (Klein). Oder aber — und diese Fälle sind viel seltener — es finden sich spezifische Infiltrate, d. h. Infiltrate aus einem Granulationsgewebe, das die Charaktere des Sternbergschen Drüseninfiltrates aufweist, also Plasmazellen, endotheliale und eosinophile Zellen und jene Riesenzellen, die für das Krankheitsbild in dem Konglomerat der genannten Zellen so eindeutig sind. — Diese Fälle sind gezählt. — Groß beschrieb, wie bereits erwähnt, den ersten, ihm folgten Hecht, Neumann, L. Pick 1909, Bruusgaard, K. Ziegler, Nobl 1911, Heuck, Arndt, Heinz 1912, Königstein, Pringle 1913, Reinsberg (?), Rusch 1914. Daran schließt sich der eben mitgeteilte Fall als letzter.

Bevor ich auf die Hauterscheinungen näher eingehe, möchte ich mir erlauben, das Krankheitsbild im allgemeinen kurz zu besprechen.

Das Alter, in dem die Patienten von dieser Erkrankung betroffen werden, ist vornehmlich das jüngere. Die meisten Erkrankungen fallen in die Zeit zwischen das 20. und 40. Lebensjahr; wenige Fälle wurden nach dem 40. oder gar 50. Lebensjahr beobachtet, doch sind solche auch jenseits dieser Grenze veröffentlicht, ebenso wie Er-

krankungen bei Kindern nicht fehlen. So beschreibt Klein eine Lymphogranulomatosis bei einem 2½ jährigen Kinde, Fränkel eine bei 3- und 7jährigen und Czerny, Sternberg, Steinhaus, Lehndorff, Zuppinger, Kirchner u. a. berichten ebenfalls über Erkrankungen bei Kindern.

Dem Geschlechte nach werden meist männliche Individuen befallen.

Die Dauer der Erkrankung ist verschieden und schwankt zwischen 7 Wochen (Klein) und 17 Jahren (Westphal). Bei Kindern verläuft sie viel rascher als bei Erwachsenen. In der Regel beträgt sie einige Jahre. Stets aber erfolgt Exitus letalis. Fälle mit Heilung sind von niemandem beschrieben.

Auffallend ist die Verschiedenheit der Erscheinungen im Verlaufe der Erkrankung. Die Symptome sind so inkonstant, daß alle möglichen Erkrankungen durch die Lymphogranulomatosis vorgetäuscht werden können. Im allgemeinen aber ist die Schwellung einer Gruppe von Drüsen das erste Symptom, das in die Erscheinung tritt. Hier sind es besonders die Drüsen der oberen Körperpartien, vor allem die Halsdrüsen und da wieder meist die nur einer Seite, die zuerst erkranken. Die Drüsen schwellen an und gelangen allmählich zu Dimensionen von Walnuß-, ja selbst Orangengröße. Sie erkranken stets in Gruppen, so daß große Drüsenpakete entstehen. Die Geschwülste sind meist hart, anfänglich gut verschieblich, und auch die Einzeldrüsen gegeneinander gut abgrenzbar. Beschwerden machen sie meist keine. Daß solche Drüsenschwellungen meist für tuberkulöse gehalten werden, nimmt nicht Wunder, jedoch kommt es niemals oder nur ganz ausnahmsweise zu Erweichung oder eitriger Einschmelzung, sie können vielmehr auch spontan sich wieder verkleinern, doch schwinden sie nie ganz. Neben diesen klinisch für Lymphogranulomatosis typischen Drüsenerscheinungen kommt es aber auch vor, daß die Drüsen nur ganz wenig vergrößert sind oder daß — wenigstens was die der Untersuchung zugänglichen Drüsen anlangt — Schwellungen überhaupt fehlen.

Dieses sogenannte „erste Stadium“ (Ziegler) kann oft jahrelang bestehen, bis in der Folge weitere Gruppenerkrankungen, so z. B. in beiden Axillen folgen. Gleichzeitig schwillt meist die Milz an, die besondere Dimensionen jedoch niemals erreicht, was z. T. gegen Leukämie verwertbar ist, bei der die Milz bekanntlich oft bis zur Linea alba reicht. Die Oberfläche der Milz erweist sich für die Palpation zuweilen durch eingelagerte Granula-



tionsgeschwülste grobhöckerig, was wieder gegen Leukämie differential-diagnostisch verwertet werden kann, bei der die Oberfläche stets glatt ist.

Diese in die Milz eingelagerten Knotenbildungen sind meist dicht gelagert und in der Regel von ansehnlicher Größe, so daß für den pathologischen Anatomen an der Schnittfläche durch die weißen Knoten, eingesprengt in die rote Milzpulpa, ein Bild entsteht, das allgemein unter dem Namen der Porphyrmilz bekannt und für Lymphogranulomatose charakteristisch ist. Die Knoten können aber auch bloß erbsengroß oder noch kleiner wie Miliartuberkel sein, wodurch die Größenzunahme der Milz für den Kliniker lange nicht so deutlich wird. Ja gar nicht selten — wie z. B. in unserem Falle — ist die Milz überhaupt nicht befallen oder nur in geringem Maße geschwollen.

Was eben von der Milz gesagt wurde, gilt in ganz gleicher Weise von der Leber.

Als ziemlich konstanter Begleitumstand des Krankheitsbildes gilt eine ganz bestimmte Form des Fiebers, u. zw. der Typus des chronisch intermittierenden oder remittierenden. Wenn diese Typen von älteren Autoren als konstant angesprochen worden sind, so haben doch Beobachtungen späterer Autoren ergeben, daß das Fieber durchaus ohne Gesetzmäßigkeit verläuft. Häufig wechseln 8—14tägige und längere oder kürzere Abschnitte vollkommener Apyrexie mit gleich langen oder kürzeren und auch längeren Fieberabschnitten. Zeitweise wieder gibt es sehr hohe bis 40° reichende Temperaturen ganz verschieden langer Perioden. Oft aber auch zeigen die Patienten gar kein Fieber und wenn auch Fabian unter 60 Fällen 30 mal den Typus des chronischen Rückfallfiebers zählt, so muß doch betont werden, daß der Art der Temperaturkurve für die Diagnose nur ganz untergeordneter Wert zukommt.

Wenn wir bedenken, daß das Krankheitsbild ganz verschieden abläuft, Eruptionen von besonders nach außen hin sichtbarer Manifestationen mit langen Ruhepausen abwechseln, so wird uns die Unregelmäßigkeit der Temperatur leicht erklärlich; denn dasselbe Spiel, das sich in den peripheren Drüsen und eventuellen Hauterscheinungen abspielt, kann sich jederzeit auch in den Innen-Drüsen und -Organen wiederholen.

Eine besondere Bedeutung wurde ehedem auch dem Blutbild zugesprochen. Im Blute besteht im Anfangsstadium meist ausgesprochene Lymphozytose mit relativer Verminderung der neutrophilen Leukozyten. Weiter nehmen aber die

Leukozyten zu, die Lymphozyten ab, so daß es im Stadium der vollen Entwicklung der Erkrankung zu einer polymorphkernigen neutrophilen Leukozytose absoluter oder auch nur relativer Art kommt, welcher Fränkel und Much noch 1910 eine ausschlaggebende Bedeutung beigemessen haben, besonders wenn sie mit Eosinophilie kombiniert war. Doch 1912 schon schränkt Fränkel in einem Vortrag, den er im Hamburger ärztlichen Verein über die Lymphogranulomatosis gehalten hat, diese seine Forderung so sehr ein, daß er das Blutbild als keineswegs konstant bezeichnet. Es ist wohl richtig, daß die meisten Autoren (O. Meyer, Naegeli und viele andere) bei der Lymphogranulomatosis am häufigsten eine polymorphkernige Leukozytose erwähnen, und daß diese oftmals mit einer beträchtlichen Eosinophilie kombiniert ist, doch muß hervorgehoben werden, daß das Blutbild auch gar nicht oder kaum verändert sein kann und daß namentlich die Eosinophilie oftmals ganz fehlen kann. Es ist deshalb gewagt, aus dem Vorhandensein einer Eosinophilie irgendwelche Schlüsse auf die Ätiologie oder die eine oder andere Beziehung der Lymphogranulomatosis zu anderen Erkrankungen (wie Tuberkulose oder Mycosis fungoides) zu ziehen, wie es z. B. H. Hirschfeld getan hat.

Erwähnenswert ist aber noch, daß auch Leukopenie ziemlich häufig angetroffen wird. (Yamasaki zählt in einem Falle nur 680 weiße Blutkörperchen. Fabian führt unter 110 Blutbefunden 28mal Leukopenie an.) Das ist wieder wichtig, weil die Lymphogranulomatosis auch das Bild eines Typhus vortäuschen kann. Und speziell diese nicht zu seltenen, nach K. Ziegler sogenannten typhoiden Formen (Brauneck, Samson) verlaufen fast stets mit Leukopenie, wodurch das übrige Symptomenbild (Diarrhoen, Fieber, Milztumor) dem echten Typhus noch ähnlicher wird.

Weiter bildet sich im Verlauf der Erkrankung noch eine Anämie aus, die gegen das Ende immer stärker werdende Grade erreicht.

In dem eben gesagten ist die Lymphogranulomatosis in groben Umrissen skizziert. Es erübrigt aber noch mit wenigen Worten wenigstens auch auf jene Formen der Lymphogranulomatosis einzugehen, die z. T. durch ihre Lokalisation, z. T. durch die Inkonstanz ihrer Symptome geeignet sind, ganz andere Bilder zu erzeugen. So sei nur kurz erwähnt, daß periphere Drüsen überhaupt nicht anschwellen müssen und bloß innere Drüsen dem Prozeß in erster Linie wenigstens anheimfallen. Es können damit

Krankheitsbilder ganz anderer Art vorgetäuscht werden. Bekannt sind z. B. Kompression der Bronchien durch vergrößerte Hilusdrüsen und damit Vortäuschung einer Bronchiallungenkarzinose (Fränkel und Much Fall VI), Kompression des Ductus choledochus infolge großer portaler Drüsen und Entstehung eines Ikterus (Brauneck, Fränkel und Much, Fischer, Samson). Aber auch Miliartuberkulose durch Aussaat zahlloser kleiner Knoten in den Innenorganen, Morbus Banti, Splenomegalie (Gaucher), Anaemia splenica (E. Oppenheim) und, wie erwähnt. Typhus können vorgetäuscht werden.

Kurz erwähnt sei des Interesses halber eine schwere Läsion des Rückenmarks, wie sie z. B. E. Fränkel mitteilt. Sie ging unter den Erscheinungen eines Tumors einher und führte zur Laminektomie. Auch Nobl und Heinz beschreiben Eindringen des Granuloms in Wirbelkörper. Lokalisation in Röhrenknochen können zur Spontanfraktur führen.

Am wichtigsten ist aber die oft frappante Ähnlichkeit mit Sarkom. Dadurch, daß die Lymphogranulomatosis sich auf dem Wege der Lymph- und Blutbahn ausbreitet, können in fast allen Innenorganen Granulationsgeschwulste entstehen, die so den Eindruck von Metastasen erwecken. Ja sogar schrankenloses Wachstum und Einbruch in Venen, also Erscheinungen, wie sie sonst nur Neoplasmen zukommen, sind beobachtet worden (O. Mayer, Rusch, Reed), so daß es nicht wundernimmt, wenn der eine oder andere Beobachter, z. B. Tsunoda, aus dem Institut Orth sich für die Einreihung der Lymphogranulomatosis in die Tumoren einsetzt; er sah die Zellen der Lymphogranulomatosis die Kapsel der Lymphdrüse durchbrechen und fand Granulomzellen in den Gefäßen der Leber.

Dietrich, der auch diesen Standpunkt vertreten hat, hat ihn wieder aufgegeben. Ernstliche Vertreter der Tumorhypothese gibt es heute wohl nicht mehr.

Wenn die peripheren Drüsen, die Milz und die Leber und schließlich auch das Knochenmark die häufigsten Lokalisationen der Lymphogranulomatosis darstellen, so können doch auch andere Organe noch befallen werden. Eigentlich ist kein Organ vor dem Befallensein gefeit. Niere, Nebenniere, Nierenleiter, Blase, Testis und Ovar, alle sind gelegentlich Sitz der Erkrankung. Nur die Tonsillen scheinen bis nun als befallen noch nicht beschrieben, ebenso wie Erkrankungen des Larynx und Ösophagus, des Darmtraktes und des Herzens zu den größten Seltenheiten gehören.

Größere Aufmerksamkeit wollen wir jetzt der Haut zuwenden. Bekanntlich treten hier — wie bereits erwähnt — die Erscheinungen in zwei verschiedenen Formen auf: in Form von Veränderungen, die histologisch kein lymphogranulomatöses Substrat geben und wie man allgemein mit Paltauf annimmt, als toxische gelten und wahrscheinlich auf Resorption von in den Drüsentumoren entstandenen Reizstoffen beruhen, oder aber in Form von knotigen Infiltraten, die aus spezifischem Gewebe sich zusammensetzen. Erstere sind häufiger, letztere sind äußerst selten. Sie beide sind nur bei Fällen mit mehr weniger ausgesprochenen peripheren Drüsentumoren beschrieben. Fälle von typhoider Form oder Fälle ohne peripheren Drüsenschwellungen weisen meist keine Hauterscheinungen auf. Die toxischen Erscheinungen haben bereits Erwähnung gefunden.

Die aus spezifischem Granulationsgewebe sich zusammensetzenden oder kurzweg die spezifischen Hauterscheinungen sind entweder (Groß, Nobl) disseminiert angeordnete, deutlich prominente, braun und bläulich verfärbte, derbe Knoten von Hanfkorn- bis Bohnen-, ja bis Pflaumengröße (Hecht). Sie sind zuweilen in die Kutis eingelassene, durchscheinende Infiltrate mit oder ohne Entzündungssaum. Oder aber sie stellen lokalisierte und somit gruppierte oder auch isolierte Einzelknoten oder Einzelinfiltrate größerer Dimension dar. Zerfallserscheinungen fehlen fast stets, bloß die obersten Zellschichten der Knoten sind zuweilen leicht exsudativ durchfeuchtet und mit dünnen Krusten bedeckt. Bruusgaard beschreibt die Knoten in ihrer Einzeleffloreszenz in ähnlicher Weise, doch waren sie in seinem Falle mehr gruppiert, chorymbös. Heinz wieder findet auf der Haut nur einen einzigen Knoten spezifischer Natur ebenso wie Heuck. Hecht beschreibt flach sich vorwölbende große Infiltrate der Wangen, die jedoch nicht histologisch untersucht worden sind; ebenso einen elephantiasisähnlichen Zustand der Brusthaut, ebenfalls ohne mikroskopische Exploration. Neumann und L. Pick wieder beschreiben eine teigige gleichmäßige Verdickung des Unterhautzellgewebes und scheibenförmige knotige Anschwellungen der Haut. Größere Ulzerationsprozesse, zerfallenden Gummen ähnlich, finden sich in der Literatur nirgends beschrieben. Es scheint somit der hier mitgeteilte Fall der erste dieser Art zu sein. Das ulzerierte Infiltrat hatte serpiginösen Charakter, wodurch an mehreren Stationen immer wieder der Verdacht einer



Lues wachgerufen wurde, obwohl die Wassermann-Reaktion stets negativ war, und auf spezifische Behandlung niemals eine Beeinflussung erfolgt war.

Ganz eigenartig ist in seinen Hauterscheinungen der Fall Arndt. Er betraf einen 44jährigen Patienten, der mit ekzemähnlichen nicht juckenden Erscheinungen im 24. Lebensjahr erkrankt sein soll und zur Zeit der vollen Entwicklung seiner Erkrankung oberflächliche Verdickungen, erythrodermieähnliche, tief kutane und subkutane flächenhafte Infiltrate und tumorartige Bildungen, kurz das Bild der Mycosis fungoides aufwies. Bloß ein Knoten war pfennigstückgroß ulzeriert. Die zervikalen, supraklavikularen und axillaren Drüsen waren beträchtlich geschwollen. Waren schon die Drüsenschwellungen ein Symptom, das der Mycosis fungoides nicht eigen ist, so ergab die histologische Untersuchung vollends die Klärung des Bildes als Lymphogranulomatosis cutis.

Hautblutungen fehlen fast ganz oder gehören wenigstens zu den größten Seltenheiten (Rusch).

Wir haben aus den oben geschilderten klinischen Bildern die Inkonstanz und Verschiedenartigkeit der Symptome kennen gelernt, welche uns eine gewisse Unsicherheit in der Diagnose zurückläßt. Dem gegenüber muß aber betont werden, daß trotzdem bei gewisser Achtsamkeit und Genauigkeit die Diagnose zu stellen ist u. zw. auf Basis der mikroskopischen Untersuchung, die für Kundrat schon maßgebend war zur Trennung reiner hyperplastischer Vorgänge am lymphatischen Apparat von entzündlichen Granulationswucherungen. Eben diese histologische Differenzierung führt uns zur Diagnose. Und speziell die Histologie der Lymphogranulomatosis ist von Sternberg so scharf gezeichnet worden, daß nachfolgende Untersucher dieser seiner Erstbeschreibung nichts hinzufügen konnten. „Sternberg hat nachgewiesen, daß sich sowohl in den Lymphdrüsen als in der Milz, hier vor allem entsprechend den Malpighischen Körperchen, ein durch die Mannigfaltigkeit der Zellformen ausgezeichnetes entzündliches Granulationsgewebe etabliert, das durch das Auftreten kleinerer und größerer Lymphozyten, großer Epitheloidzellen und eigenartiger, von dem Typus der Langhansschen durchaus abweichender Riesenzellen, sowie durch regelmäßige — wenngleich in sehr wechselnder Menge vorhandene, bisweilen sogar dominierende — Plasmazellen ausgezeichnet ist. Dieses fremdartige Material verdrängt allenthalben das normale Parenchym und man findet z. B. in so veränderten Lymphdrüsen meist nur kümmerliche Reste lymphatischen Gewebes. Allmählich kommt es nun einerseits zu herdweise auftretenden Nekrosen und andererseits besteht die Tendenz zu narbig fibröser Umwandlung". Elastisches Gewebe bleibt vielfach erhalten.

Die von Sternberg beschriebenen Riesenzellen, heute allgemein als Sternbergsche Zellen bekannt, sind ein- oder mehrkernige, durch starken Chromatinreichtum ausgezeichnete Zellen, die ihre Abstammung von den Endothelzellen ableiten dürften. Eben dasselbe histologische Zellkonglomerat setzt auch die Hautknoten zusammen. Daß trotzdem Fehldiagnosen — besonders auf Sarkom wie auch in unserem Falle — vorkommen, ist auf das zellreiche Rundzelleninfiltrat des Anfangsstadiums, später auf die sarkomzellenähnlichen Riesenzellen zurückzuführen.

Das in der Literatur meist bearbeitete Kapitel auf dem Gebiete der Lymphogranulomatosis ist die Ätiologie.

Die weitaus größte Mehrzahl aller Autoren steht heute auf dem Standpunkt, daß die Lymphogranulomatosis eine einheitliche Infektionskrankheit ist. Dafür scheint mir vor allem die Klinik der Erkrankung zu sprechen. Krankengeschichten und Sektionsprotokolle sprechen von einer Erstlingslokalisation, die oft lange Zeit auf ihre nächste Umgebung beschränkt bleibt, bis sie endlich per continuatem sich fortsetzt und erst dann zur Verallgemeinerung führt. Wir sehen das z. B. im Falle E. Oppenheim. Hier spricht bei Befallensein der Milz, der Leber und einer präaortalen Drüse die Lokalisation des Wurzelgebietes des Portalkreislaufes für die Eintrittspforte des Erregers vom Darm. E. Fränkel beschreibt einen Fall, in dem nebst der Pleura Trachea, Lunge und Leber befallen waren. Ein Knoten bestand außerdem in der Brustmuskulatur. Fränkel lokalisiert die Eintrittspforte für den Erreger in den Schlund oder in die Atmungswege.

Am deutlichsten spricht aber für die Infektion und für ein Contagium vivum der hier neu mitgeteilte Fall. Im Anschluß an eine Verletzung der Ferse kommt es zu einem zerfallenden Infiltrat in loco, dann zur Schwellung der regionären Drüsen, weiter infolge eines Trauma zur Lokalisation der Erkrankung in dem schon kranken Individuum über dem Knie des anderen Fußes und von hier aus zum Befallenwerden der Lymphgefäße unter dem Bilde der Lymphangitis tuberculosa mit eingesetzten Gommes. Eine solche Propagation entspricht einer chronischen Infektionskrankheit konform der Tuberkulose oder Sporotrichose. Die Weiterverschleppung und Verallgemeinerung geht allerdings nur sehr langsam, im Verlauf von Jahren, vor sich; es dürften also nur wenige, nicht hoch virulente Erreger ätiologisch in Betracht kommen. Man könnte daraus schließen, daß es bei ähnlichen Fällen, wie dem hier mitgeteilten, in Zukunft — wenn die Diagnose möglichst früh-



zeitig gestellt würde — gelingen könnte, durch entsprechende Operation das Krankheitsbild zum Stillstand zu bringen. Ist der Erreger aber schon in die Lymphbahn eingebrochen, wird eine Therapie allerdings effektlos sein.

Was die Infektion der Haut mit disseminierten Knoten anlangt, kann man mit Arndt wohl am ungezwungendsten eine hämatogene Aussaat annehmen. Das kann wieder nur durch eine Infektionskrankheit oder durch einen in die Blutbahn einbrechenden Tumor zustandekommen. Und da ist die erstere Annahme wohl die wahrscheinlichere. Die oft reichlichen Plasmazellen, speziell um die Gefäße, sprechen nach Grosz ebenfalls für einen chronischen Infektionsprozeß.

Auch die öfters z. B. von Sternberg, Bloch, Schur, Samson und vielen anderen, besonders englischen Autoren angetroffene Amyloidose ist am ehesten als im Sinne einer zur Kachexie führenden, chronischen Infektionskrankheit zu verwerten. Und wenn auch nicht jeder der einzelnen angeführten Momente eine absolute Stütze für die Annahme der Lymphogranulomatosis als Infektionskrankheit darstellt, so sprechen doch alle zusammen eine beredte Sprache.

Darüber, daß wir in der Lymphogranulomatosis eine Infektionskrankheit vor uns haben, sind die Meinungen auch kaum mehr geteilt. Viel umstrittener ist aber die Frage nach der Art des Erregers. Abgesehen von der Ansicht einzelner älterer, namentlich englischer und italienischer Autoren, welche Staphylokokken und Streptokokken als Erreger angesprochen haben, ist es vor allem der Tuberkelbazillus, der in der Frage der Ätiologie die größte Rolle spielt; hat doch Sternberg die Lymphogranulomatosis eine Tuberkulose genannt und sich dabei auf seine Erstlingsbefunde gestützt, die in 15 Fällen 10mal Tuberkulose, in einigen Fällen sogar den Tuberkelbazillus als solchen nachgewiesen haben. Ja er beschreibt in einem Falle direktes Übergehen von bloß entzündlichgranulomatösen Veränderungen in typische Tuberkulose. In reinen lymphogranulomatösen Drüsen ist ihm auch der Nachweis des Tuberkelbazillus gelungen. Damit war Sternbergs Meinung festgelegt, doch erschienen bald Arbeiten, die eine gegenteilige Ansicht vertraten; so negierten manche Autoren (Chiari-Yamasaki, Reed, Falkenheim, Körmöczy, Nägeli) die tuberkulöse Ätiologie oder meinten, daß die Tuberkulose bloß sekundärer Natur sei und somit bloß eine Kombination darstellt. Diese Meinung wird hauptsächlich von Ellermann, Karßner, Jos-

selin de Jong und K. Ziegler vertreten. Auf Syphilis führte Fabian seinen Fall zurück und Proescher und White wollen in einigen Fällen Spirochäten als die Erreger der Lymphogranulomatosis gefunden haben. Diese im Jahre 1907 veröffentlichten Fälle erregten großes Aufsehen und wurden von vielen Autoren (Loncope, Kidd und Turnbull, Körmöczy, Weber und Ledigham. Moritz) nachgeprüft. Besonders H. Hirschfeld suchte in Drüsen sowohl im Dunkelfeld, wie nach Giemsa und Levaditi, aber niemand konnte die Befunde bestätigen, so daß sie isoliert geblieben sind. Caan vermutet, daß die von Proescher und White konstatierten Spirochäten der Syphilis angehören, da in 4 ihrer Fälle die Wassermann-Reaktion positiv war. Somit würde die Lues in diesen Fällen ein komplizierendes Moment sein.

Andere Autoren hinwieder, wie Benda, Warnecke, Schimke-Kirchner, von Müllern neigen der Ansicht zu, daß die Lymphogranulomatosis überhaupt kein einheitlicher Prozeß sei, sondern ein Symptomenkomplex, der nicht nur durch die Tuberkulose, sondern auch durch andere chronische Infektionsprozesse oder bloß deren Toxine ausgelöst werden könne.

Unter dem Drucke so zahlreicher gegenteiliger Meinungen räumte Sternberg auf der Berliner Tagung der Deutschen pathologischen Gesellschaft im Jahre 1912 „gerne ein, daß die für die Lymphogranulomatosis gewählte Bezeichnung einer Tuberkulose zu weit geht", glaubte aber, daß ein Zusammenhang zwischen dem, diesen Fällen zugrunde liegenden Entzündungsprozesse und der Tuberkulose nicht von der Hand zu weisen sei.

Diese Schwankung Sternbergs erfolgte merkwürdigerweise gerade zu einer Zeit, wo seiner ehemaligen Ansicht wieder namhafte Autoren zuneigten, denn über die Ätiologie, als dem interessantesten Kapitel aus dem Gebiete der Lymphogranulomatosis wurde sehr viel gearbeitet. Sowohl durch färberische, wie durch Tier- und Kulturversuche war man bemüht, den strikten Nachweis des Erregers zu erbringen. Da letztere scheinbar ganz im Stiche ließen, mehrten sich Färbe- und Tierversuche. Besonders in den letzten 8 Jahren wurden in all den publizierten Fällen auf ätiologische Klärung hinzielende Untersuchungen angestellt. Sie basieren ziemlich alle auf Arbeiten E. Fränkels und Muchs, die für diese Frage im Jahre 1910 eine neue Zeit inauguriert haben.

Ausgehend von Sternbergs Auffassung der Tuberkulose haben diese beiden Forscher in äußerst mühevollen



und konsequent durchgeführten Untersuchungen nach gewissen Färbemethoden, welche die nach Much färbbare granuläre Form des Tuberkelbazillus zur Ansicht bringen, sowohl mittels des Uhlenhutschen Antiforminverfahrens, wie auch im Schnitt antiforminfeste, granulierte grampositive Stäbchen nachgewiesen, die sich morphologisch nicht von dem granulären Tuberkulosevirus unterscheiden lassen. Dieser Befund konnte in 17 Fällen 16mal erhoben werden u. zw. größtenteils in Fällen, die pathologisch anatomisch frei von Tuberkulose waren. E. Fränkel und Much schließen daraus, daß die Lymphogranulomatosis durch granuläre Stäbchen hervorgerufen wird, die antiforminfest, aber nicht säurefest sind und durch verschärfte Gramfärbung sich darstellen lassen. Sie stehen nach ihrer Meinung dem Tuberkulosevirus zum mindesten sehr nahe, stellen wahrscheinlich eine besondere Form des Tuberkelbazillus dar, sind aber keinesfalles identisch mit den Granulis des gewöhnlichen Tuberkelbazillus.

Diese Befunde wurden rasch bestätigt; und wenn K. Ziegler den Befund für belanglos hält, so stehen ihm zahlreiche Untersucher gegenüber, die zum Teil in allen von ihnen untersuchten Fällen, wenn auch spärlich, so doch konstant den E. Fränkel-Muchschen Befund der grampositiven granulären Stäbchen bestätigen konnten. Es seien hier bloß größere Untersuchungsreihen erwähnt. So fanden Granula O. Mayer in 9 Fällen 8mal, Fischer in 9 Fällen 8mal, Josselin de Jong in 5 Fällen 3mal, Löffelmann in 7 Fällen 7mal, Beumelburg in 5 Fällen 5mal, endlich Kusunoki aus dem pathologischen Institut in Göttingen in 15 Fällen 15mal u. zw. sowohl im Antiforminbrei, wie im Schnitt. Damit haben die Befunde E. Fränkels und Muchs wohl eine kräftige Bestätigung gefunden. Aber die Beziehungen dieser Befunde zur Tuberkulose werden durch nicht wenige Autoren noch weiter gesponnen. Es liegen in der Literatur, besonders aus den Jahren 1910, 1911 und 1912 Befunde auf, die auch säurefeste Bazillen beschreiben. Zum Teile werden sie als dem echten Tuberkelbazillus morphologisch gleich geschildert, zum Teil dem Leprabazillus ähnlich, zum Teil etwas dicker und plumper als das Kochsche Bakterium. Die Befunde sind jedoch m. E. alle mit entsprechender Vorsicht aufzunehmen, zumal Tuberkulose eine der häufigsten Kombinationen der Lymphogranulomatosis darstellt und wir seit Bartels Untersuchungen wissen, daß wir auch in pathologisch-anatomisch nicht erkrankten Drüsen Tuberkelbazillen finden können.

Den ersten solchen Befund hat Benda bereits 1904 erhoben. Er fand säurefeste Stäbchen in kleinen Häufchen angeordnet. Eine Bestätigung dieses Befundes folgte erst 1910 durch Fränkel und Much, die in 13 Fällen 1mal einen ähnlichen Befund erhoben, weiter durch Graetz und Lichtenstein, die ihn auch nur je 1mal erhoben. Weitere gleiche Befunde folgen dann besonders im Jahre 1912 durch Löffelmann, Herxheimer. K. Meyer und Arndt. Besonders letzter Autor fand sie ziemlich reichlich, trotz sonstigen Freiseins von Tuberkulose, während die stäbchenpositiven Befunde von Heinz, Dietrich und Fleischmann durch die in diesen Fällen gleichzeitig komplizierende Tuberkulose an Wert verlieren.

Allen diesen Befunden entgegen findet 1915 Kusunoki in seinen 15 Fällen nicht einmal säurefeste Stäbchen.

Im allgemeinen sieht man also die Fränkel-Muchschen Befunde von den meisten Autoren bestätigt, so daß man sich heute der Ansicht nicht mehr verschließen kann, daß die granuläre Stäbchenform faktisch dem Erreger der Lymphogranulomatosis entspricht. Fränkel fordert folgerichtig die Bestätigung seiner Befunde durch die Kultur und den damit durchgeführten Tierversuch. In dieser Hinsicht sind noch 2 Arbeiten nicht zu übersehen. Die eine von de Negri und Mieremet, welchen in 2 Fällen die Kultur der granulären Fränkel-Muchschen Stäbchen auf Bordets Blut-Glyzerin-Kartoffeldekokt-Agar gelungen sein soll, die zweite von Rhea und Falconer aus dem Jahre 1915, die aus Lymphknoten der Hodgkinschen Erkrankung ebenfalls ein polymorphes grampositives, nicht säurefestes, fakultativ anaërobes Bakterium gezüchtet haben wollen, dessen Übertragung auf Affen bis nun erfolglos geblieben ist. Letztere Arbeit war mir allerdings im Original nicht zugänglich. Ich referiere sie aus den Schmidtschen Jahrbüchern.

Und nun schließlich noch einige Worte über die Experimente am Tier, die zahlreich angestellt worden sind. Am häufigsten war das Meerschweinchen das Versuchstier, aber H. Hirschfeld impfte auch Kaninchen, Ratten, Mäuse, Hunde, Hühner, sowie 4 Affen (darunter 2 Paviane). Für die Kritik eines erfolgreichen oder negativen Tierexperimentes muß m. E. gefordert werden, daß zur Verimpfung bloß Material von solchen Fällen verwendet werde, die am Obduktionstisch und mikroskopisch frei von Tuberkulose sind. Verimpfungen von Material, das von Lymphogranulomatosisfällen stammt, die, wie so häufig, gleichzeitig Tuberkulose aufweisen, erscheint mir nicht verwertbar. Ich

glaube deshalb, alle solchermaßen durchgeführten Tierversuche ausschalten zu müssen. Die folgenden Mitteilungen gelten dementsprechend nur für histologisch oder wenigstens makroskopisch tuberkulosefreie Fälle. Sehr häufig wird beobachtet, daß Meerschweinchen nach Verimpfung von Lymphogranulomatosismaterial im Laufe von einigen Wochen marantisch zugrunde gehen, ohne daß bei der Sektion irgend etwas von Tuberkulose oder ein Erreger zu finden ist. Über solche Versuche berichten Sternberg, Graetz, Albrecht, Friese, Hirschfeld u. a.

Andererseits verlaufen die meisten Tierexperimente völlig negativ (Yamasaki, Aschoff, Benda, Barrenscheen, Reed, Warnecke, Ellermann, Fabian, Fischer, Albrecht und viele andere). Oder sie verlaufen positiv, positiv wieder in zweifachem Sinne: entweder es entwickelt sich

1. ein der Lymphogranulomatosis ähnliches, lokalisiertes oder auch allgemeines Krankheitsbild (Schäffer, Lichtenstein) oder aber es entsteht

2. echte Tuberkulose (H. Hirschfeld, O. Mayer, Scheel). Einzelne von jenen Autoren, die sich für die Tuberkuloseätiologie der Lymphogranulomatosis einsetzten und den Grund der großen Schwierigkeit des Nachweises in einer gewissen Virulenzverminderung des schädigenden Agens vermuten, haben auch versucht, zum Teile durch Tierpassage (Sticker und Löwenstein) oder durch Sensibilisierung der Tiere durch vorhergehende Tuberkulininjektionen (O. Mayer) zu einem Resultat zu kommen. Faktisch haben sie insofern Erfolge erzielt, als z. B. Sticker und Löwenstein nach Verimpfung eines Falles von Lymphogranulomatosis auf das Meerschweinchen erst nur Hyperplasie der Drüsen, bei Weiterverimpfung aber echte Tuberkulose erzeugen konnten, die mikroskopisch und kulturell bestätigt ist. O. Mayer hat durch seine Sensibilisierungen 2 Meerschweinchen nach Lymphogranulomatosisverimpfung an Tuberkulose zugrundegehen gesehen, während ein 3. nicht vorbehandeltes Tier nach 6 Wochen noch frei von Tuberkulose war. Mayer zieht daraus allerdings keine bindenden Schlüsse. Am interessantesten sind hier aber die Versuche Lichtensteins, der 45 Meerschweinchen mit in ihrer Virulenz abgeschwächten Tuberkelbazillen (Typus humanus) geimpft hat und dadurch 14mal typische Lymphogranulomatosis erhalten haben will. Diese gewiß sehr auffallenden, von keiner Seite bestätigten Befunde werden von anderen Autoren, so namentlich von

Fränkel und Much, sowie Tsunoda angezweifelt, während sie O. Mayer verteidigt.

Es ist also auch durch das Tierexperiment die Ätiologie der Lymphogranulomatosis noch nicht völlig klargestellt, wenn auch die meisten Untersuchungen dahinzielen, die Lymphogranulomatosis doch der Tuberkulose zuzuzählen, oder wenigstens gewisse Beziehungen des die Erkrankung auslösenden Virus zum Tuberkulosevirus herzustellen.

Weitere Untersuchungen nach der Frage der Ätiologie der Lymphogranulomatosis sind m. E., wie gesagt, nur an von Tuberkulose freien Fällen vorzunehmen, andererseits könnte das Krankheitsbild vielleicht auf dem Wege des Studiums der Biologie des Tuberkelbazillus gewisse Klärung erfahren.

Kurz sei noch das Verhalten der Lymphogranulomatosis gegenüber der Tuberkulinreaktion besprochen. Auch da sind die Resultate bei der so häufigen Kombination der Lymphogranulomatosis mit Tuberkulose verschieden. Soweit sie die die Haut befallenden Fälle anlangen, muß zugestanden werden, daß die Mehrzahl lokal auf Tuberkulin nicht reagiert. Lehrreich erscheint in dieser Hinsicht der Fall Heucks, der neben einem Lupus vulgaris eine Lymphogranulomatosis cutis gezeigt hat. Der Lupus hat auf Tuberkulin lokal reagiert, während die Lymphogranulomatosis nicht reagiert hat.

Das Ausbleiben der Reaktion könnte analog der fehlenden Reaktion bei den Tuberkuliden mit der Annahme besonders geschwächter Virulenz erklärt werden, doch bleibt die Möglichkeit, daß ein Prozeß nicht tuberkulöser Art vorliegt, ebenso offen.

Meine Herren! Wenn ich im vorstehenden Ihnen über die Lymphogranulomatosis berichtet habe, so muß ich im Anschlusse noch sagen, daß dieses Referat nicht erschöpfend sein konnte und daß noch unendlich viel in der Literatur Niedergelegtes hier nicht mehr Aufnahme finden konnte. Ich will nur an die verschiedenen Formen der komplizierenden Tuberkulose, an die mitunter schwierige Differentialdiagnose der Lymphogranulomatosis gegen Pseudoleukämie, echte multiple Lymphdrüsentuberkulose, Lymphosarkomatosis und Mykosis fungoides erinnern. All das zu besprechen, würde viel zu weit geführt haben. Ich konnte mich nur auf das allerwichtigste beschränken, was uns bei dieser im allgemeinen häufigen, dem Dermatologen aber selten begegnenden Erkrankung gegenübertritt.



Literatur.

Bis zum Jahre 1911 finden sich äußerst sorgfältig zusammengestellte (461) Literaturangaben im Referat **Fabians**, Zentralblatt für allg. Path. und pathol. Anatomie. 1911. Bd. XXII. pap. 145.

Nachträglich erschienene Arbeiten:

Heinz, E. Frankfurter Zeitschr. f. Path. 1912. Bd. X. pag. 383. — Meyer, O. Frankfurter Zeitschr. f. Path. 1911. Bd. VIII. p. 343. — Samson, G. Inaug.-Diss. Straßburg. 1917. — Kren, O. Wiener dermat. Ges. Sitzg. 1913. — Hoffmann, E. Deutsche med. Wsch. 1915. Nr. 38. — Königstein, H. Verhandl. d. Deutsch. derm. Ges. XI. Kongreß. Wien. Sept. 1913. — Nobl, G. Arch. f. Derm. 1911. Bd. CX. p. 487. — Heuck, W. Arch. f. Derm. 1912. Bd. CXIII. p. 417. — Arndt. Virch. Arch. 1912. Bd. CCIX. p. 432. — Reinsperg. Časopis lékařů českých. 1912. Nr. 45. Ref. Arch. f. Derm. Bd. CXV. p. 1102. — Rusch. Arch. f. Derm. 1914. Bd. CXIX. p. 525. — Fränkel, E. Dtsch. med. Wsch. 1912. p. 637. — Klein. Gazeta lekarska. 1912. Ref. Folia haem. 1913. Bd. XIV. p. 220. — Fischer. Ärztl. Verein zu Frankfurt a./M. Sitzg. vom 4. Sept. 1911 und Zieglers Beitr. Bd. LV. Heft 1. — Oppenheim, E. Virchows Archiv. 1911. Bd. CCIV. p. 392. — Tsunoda. Virchows Archiv. 1911. Bd. CCIV. Heft 2. — Körmöczy. Verein der Spezialärzte Budapests, Sitzg. v. 10. Juli 1909. — Ellermann. Ugeskrift for Läger. 1910. — Josselin de Jong. Ned. Tijdsch. v. Gencesk. 1911. Bd. II. Ref. Berl. Kl. Wsch. 1912. p. 355. — Müllern, v. u. Großmann. Zieglers Beitr. 1912. Bd. LII. — Beumelburg. Beitr. z. Klin. d. Tbk. 1912. Bd. XXIII. Heft 2. — Kusunoki, M. Virch. Arch. 1915. Bd. CCXV. p. 184. — Löffelmann. Beitr. z. Klin. d. Tbk. 1912. Bd. XXIV. Heft 3. — Herxheimer. Verhandl. d. Dtsch. path. Ges. 1912. p. 88. — Meyer, O. u. Meyer, K. Berl. Kl. Wsch. 1912. Nr. 31. — Dietrich. Fol. haem. 1912. Bd. XII. I. Teil. Arch. p. 48. — Fleischmann. Charité-Annal. 1912. Nr. 36 und Berl. Kl. Wsch. 1912. Nr. 3. — de Negri u. Mieremet. Ztrbl. f. Bakt. u. Paras. Abt. 1. Org. 1913. Bd. LXVIII. Heft 3/4. — Rhea and Falconer. Arch. of int. Med. 1915. Bd. XV. p. 438. — Friese. Fol. haem. 1912. Bd. XIV. I. Arch. — Baarenscheen. Wien. Kl. Wsch. 1912. p. 295. — Schäffer. Berl. Kl. Wsch. 1914. p. 1215.

Nobl. Herrn Krens inhaltsreiche Darstellung des heutigen Wissensstandes über Lymphogranulomatose vermittelt nicht nur klaren Ausblick auf klinische und anatomische Voraussetzungen des Leidens, sondern liefert auch schätzenswerte Ergänzungen zu dem Bilde des noch wenig gekannten Prozesses. So ist die von ihm beobachtete ulzeröse Form der Hauterscheinungen bisher unbekannt gewesen, noch dazu in der Äußerung initialer Veränderungen. Was die Frühsymptome der Granulomatose betrifft, so kommt gerade der Dermatologe nicht zu selten in die Gelegenheit, als erster Läsionen zu beobachten die den generalisierten Entzündungsvorgang im Lymphsystem ankündigen. Diese als banal aufgefaßten Störungen hat Herr Kren berührt: zu ihnen gehören der einfache Juckreiz, pruriginöse Zustände, Erythrodermien, Hämorrhagien und Pigmentationen. Nicht zu selten melden sich Kranke mit hartnäckigem Juckreiz, ohne daß im Drüsengebiet auffällige Veränderungen zu verfolgen wären. Allmählich tritt erst die scheinbare Hyperplasie der Knoten hinzu. Es fragt sich, ob nicht auch schon dieses Jucken durch spezifische Vorgänge in der Haut ausgelöst wird? Nach der gangbaren Anschauung sind es hämatogen suspendierte Toxine, welche als Irritament wirken und vom Vasomotoren-

zentrum aus den Juckreflex auslösen. Jedoch auch der Vorstellung wäre Raum zu geben, daß mit der Einlagerung der Granulome in die Drüsen die normale Lymphabfuhr behindert und gleichzeitig auch reizende Abbauprodukte in den Lymphnetzen der Haut zurückgehalten werden. Damit wäre aber schon der Charakter eines spezifischen Zustandes gegeben. Mehr noch muß das Zutreffen der Spezifität für oft als Frühsymptome verfolgte pruriginöse Ausbrüche vertreten werden. Es ist vorläufig nicht ohne weiteres möglich, aus der Struktur der hiebei auftretenden farblosen kleinsten, meist frühzeitig schon zerkratzten Knötchen mit Sicherheit den granulomatösen Charakter zu erschließen, doch legen dies die perivaskulär angeordneten polymorphen Zellgruppen sehr nahe. Ebenso haben die gelegentlich verfolgten Blutungen dem Prozeß eigene Gefäßveränderungen zur Voraussetzung. In den Wuchervorgang sind bekanntlich die adventitionellen Zellverbände stets hervorragend einbezogen. Mit der Lockerung ihres Gefüges und der Schwächung des Wandwiderstandes kann dem Blutaustritt der Weg gebahnt werden.

Ebenso kann mit Berechtigung angenommen werden, daß in der geweblichen Grundlage der diffusen Erythrodermie schon alle Elemente der granulomatösen Struktur enthalten sind.

Den früh auftretenden äußeren Erscheinungen zuzuzählen sind auch die Pigmentationen, die viel häufiger zu verzeichnen sind als es bisher bekannt war. Im Laufe der letzten Jahre habe ich 25 Fälle der Lymphogranulomatose zu untersuchen Gelegenheit gehabt. Die Kranken meldeten sich teils mit Hauterscheinungen und Lymphomen an meiner Station, teils waren es Patienten der internen Stationen die mir zur Mitbeobachtung zur Verfügung standen. Von diesen 25 Patienten boten sieben prägnante Hauterscheinungen, drei wiesen in ihrer Zugehörigkeit nicht ganz sichere Veränderungen auf. Mit auffälligen Verfärbungen ging das Leiden bei 6 Männern einher. Neben einem mehr diffusen, bei 3 Leuten verfolgten gelbbräunlichen Farbenton, trat auffällig tiefbraune bis schwärzliche regionäre Pigmentation bei drei Kranken in die Erscheinung. Das tiefdunkle Kolorit war besonders über den Halsgeschwülsten, am Nacken, den Achselhöhlen und in mehr verstreichender Verbreitung an der oberen Brustapertur zu beobachten. An der Mundschleimhaut waren keine Farbstoffeinlagerungen erfolgt. Die Anreicherung des Pigments bei dieser Systemerkrankung darf nicht wundernehmen, da die Granulome nicht nur das Gewebe der Lymphdrüsen zu durchsetzen und teilweise auszuschalten pflegen, sondern gleich dem Parenchym der Milz, Leber, Nieren, auch das Gefüge der Nebenniere infiltrieren.

Mit der gestörten Funktion dieses, die Farbstoffbildung regulierenden Organs ist der diffusen Steigerung des Pigmentniederschlages, wie er in einer ganzen Reihe der Beobachtungen vermerkt erscheint, bestens Möglichkeit geschaffen. Ob die an Standorten hyperplastischer Drüsenpakete und deren Umgebung verbreiteten Dunkelfärbungen dem gleichen Entstehungsmechanismus unterstehen, oder regionär bedingte Zustandsänderungen die Überführung der farblosen Pigmentvorstufen der Kutis und des basalen Rete in das schwarzbraune Oxydationsprodukt unterstützen, entzieht sich mangels experimenteller Grundlage der Beurteilung. Es ist vielleicht die Erwägung zulässig, daß örtlich gestaute Abbauprodukte entweder das Zellprotoplasma in seinem Chemismus derart verändern, daß es in erhöhtem Maße Propigment ausscheidet, oder aber in normaler Qualität und Menge vorhandene Fermente auf die gesteigerte Zufuhr oxydierender Verbindungen intensiver reagieren.

Daß die Hautveränderungen mitunter in einwandfreier Spezifität sich darzubieten vermögen und aus ihrer histologischen Prüfung die Diagnose der Lymphogranulomatose für sich allein schon zu einer Zeit erschlossen werden kann, wo die sonstigen Teilerscheinungen des Leidens



kaum ausgesprochen sind, habe ich als Erster zu bezeugen vermocht. In dem Falle des 21j. Kulturtechnikers, den ich seinerzeit hier vorzustellen die Gelegenheit hatte und im Archiv beschrieb (Bd. CX) handelte es sich um einen aus erbsengroßen, mattbraunrot gefärbten, ziemlich festen Knötchen bestehenden Ausschlag, der in dichter Einstreuung den Rumpf und die Arme übersäte. Das histologische Substrat verschiedenen Standorten entlehnter Infiltrate bot den charakteristischen polymorphen Granulationsbau mit reichlicher Einschaltung der großen, ihrer Abkunft nach noch strittigen Elemente. Zu jener Zeit ergänzte nur mäßige Intumeszenz der Kieferwinkeldrüsen die äußere Veränderung. Bei späterer Gelegenheit (Wien. klin. Wochenschr. 1917) ging ich auf den Verlauf des Falles und das Sektionsergebnis ein. Unter Arsen- und Röntgenbehandlung waren die disseminierten Papelschübe und in der Zwischenzeit zu größeren Tumoren angewachsenen Lymphomgruppen zur Rückbildung gelangt. Dies währte jedoch gar nicht lange; nach 3 Monaten setzten Fieberbewegungen, pleurale Erscheinungen, Wucherung der Nacken-, Achsel- und Leistendrüsen ein, es entwickelte sich Milztumor, Leberschwellung und graduell schwankende neutrophile Leukozytose (bis zu 200.000 weiße Elemente). Unter fortschreitendem Marasmus erfolgte nach kaum einjähriger Gesammtdauer der Erkrankung der Tod. Die Autopsie ergab Einlagerung bohnen- bis haselnußgroßer kreidigweißer trockener Knoten in allen parenchymatösen Organen. Die Drüsenbestände aller Regionen, ebenso die Lungen waren dicht von gleichen Granulomen durchsetzt. Hiebei muß ich bemerken, daß die retroperitonealen Drüsengeschwülste gleich den Knoten anderer Gebiete durchwegs den benignen Charakter bewahrten und nicht in benachbarte Texturen hineinwucherten. Herr Kren hat aus der Mitteilung des autoptischen Befundes irrtümlich auf gewisse Malignität der retroperitonealen Lymphome geschlossen, doch war es hier nur zu Verlötungen der Pakete, d. h. der Drüsenkapseln mit dem Periost der Wirbelkörper gekommen. Von lymphosarkomatösen Anlagen war weder in diesen, noch in anderen Keimstätten der Granulome Andeutungen nachzuweisen.

Besonderer Erwähnung bedarf es noch, daß keinerlei Anzeichen von Tuberkulose vorlagen. Die tuberkulöse Natur des Leidens war auch nicht auf experimentellem Wege zu erbringen. Mit Effloreszenzenbrei intraperitoneal geimpfte Kaninchen, drei Monate nach dem Experiment getötet, erwiesen sich als tuberkulosefrei, Drüsen, Milz, Leber, Lunge im Schnitt und Antiforminsediment bazillenfrei. Auch die Verimpfung der Organknoten wurde von Kaninchen schadlos vertragen. Nach dem gleichen Zeitraum seziert, boten sie weder makroskopisch noch histologisch spezifische Veränderungen dar. Betonen muß ich noch den beim Kranken beobachteten anergischen Zustand. Wiederholte selbst hochdosierte Tuberkulindosen lösten keine Allgemeinreaktion aus. Auch bei anderen Granulomkranken sah ich des öfteren das biologische Phänomen ausbleiben. An der Hand meiner eigenen Erfahrung kann ich trotz durchwegs negativer Feststellung auch bei Sektionen sonst noch mitbeobachteter Fälle die tuberkulöse Ätiologie des Leidens nicht in Abrede stellen. Zweifellos müssen dem Virus aber solche Eigenheiten zukommen, welche es ganz von der Natur der geläufigen menschlichen und bovinen Typen abseits stellen. Schon die relative Gutartigkeit des Krankheitserregers für das Tier, das oft erst nach langer Zeit auf dasselbe reagiert, spricht für diese mehrfach vertretene Anschauung. Aus diesem Grunde kann ich auch meine negativen Impfergebnisse nicht auf Avirulenz des übertragenen Ausgangsmaterials beziehen. Von der deletären Natur der Durchseuchung des menschlichen Körpers hat das bisher bekannt gewordene Beobachtungsmaterial ja reichlichst Zeugenschaft abgelegt, indem alle Kranke, wenn auch zum Teil erst nach Remissionen, schließlich doch dem Übel erlegen sind.

Herr Kren hat in seinen sachlichen Ausführungen der Kritik mit Recht keine allzu scharfe Form verliehen, wir können aber nur mit ihm betonen, daß so manche der als Lymphogranulomatose in der Literatur fungierenden und als Beleg für die tuberkulöse Natur des Prozesses ins Feld geführte Fälle einer ernsten Prüfung keineswegs standzuhalten vermögen. So gefestigt ist das Krankheitsbild bis heute denn doch noch nicht, daß ohne mikroskopische Untersuchung Beobachtungen als zugehörig zu agnoszieren sind. Auf diesem Wege nicht verifizierte Beobachtungen sind besser aus dem Rahmen auszuscheiden. Des weiteren wird die tuberkulöse Ätiologie in einer Reihe der mitgeteilten experimentell erhärteten Ergebnisse auf Fälle bezogen, bei welchen die granulomatösen Einstreuungen mit typischen tuberkulösen Strukturen vergesellschaftet waren. Ein ähnliches Testmaterial könnte doch nur dann die Zugehörigkeit des Lymphogranuloms bezeugen, wenn nur notorisches, auch bioptisch geprüftes reines d. h. von tuberkulösen Einschlüssen freies Granulom zur experimentellen Verimpfung verwendet würde. Dies trifft aber für die angezogenen Fälle nicht zu. Andererseits mehren sich doch in auffälliger Häufigkeit die Nachrichten, welche das Auftreten tuberkulöser Veränderungen bei granulomverimpften Tieren besagen. Jüngst noch berichtet aus der Rostocker Klinik (Martius) in seiner Habilitationsschrift Weinberg über Tierversuche in 7 Fällen, von welchen 6 positive Resultate gezeitigt hatten.

Sachs. Ich erinnere an den von Kren im Jahre 1913 in dieser Gesellschaft demonstrierten Fall von Lymphogranulomatose, deren Diagnose auch durch die Demonstration von histologischen Präparaten nicht mit Sicherheit zu stellen war. Gelegentlich dieser Demonstration hatte ich in einer Diskussionsbemerkung auf die große Menge von Plasmazellen hingewiesen und der Meinung Ausdruck gegeben, daß es sich in diesem Falle um eine Lymphogranulomatose handeln könnte. Wichtig ist das Stadium, in welchem die Untersuchung erfolgt, frische Fälle sind zellreicher. Bezüglich der Ätiologie hat sich Kren ebenso vorsichtig wie Lewandowsky ausgesprochen, daß wohl die vielen Befunde der Pathologen über Mischfälle von Lymphogranulomatose und Tuberkulose für einen Zusammenhang beider sprechen, daß aber, wie Lewandowsky mit Recht sagt, das eigentliche Problem noch ungelöst ist.

Bauer erwähnt einen Fall eigener Beobachtung, bei welchem die Erkrankung unter dem klinischen Bilde der Lymphogranulomatose verlaufen war, die Autopsie aber den seltsamen Befund einer Kombination von Granulomatose, Lymphosarkom und verkäsender Tuberkulose im Lymphdrüsensystem und in der Milz ergab. Dieser Befund wurde am histologischen Präparat von Prof. Joannovics erhoben. Die Kombination von Granulom und Sarkom wurde übrigens schon mehrfach beobachtet und Glanzmann, der 3 solche Fälle mitteilt, meinte, daß der Tuberkelbazillus nicht nur Granulomatose erzeugen, sondern auch eine sarkomatöse Wucherung auslösen könne. Diese Schlußfolgerung ist natürlich abzulehnen. Was aber derartige Fälle erweisen, ist die offenkundige Krankheitsbereitschaft, die Erkrankungsdisposition des lymphatischen Systems, also eine gewisse Minderwertigkeit desselben, welche allein es verständlich macht, wenn gleichzeitig in einem Teil dieses Systems eine verkäsende Tuberkulose abläuft, während andere Teile offenbar unter dem Einflusse dieser Infektion granulomatös erkranken und ein dritter Abschnitt in sarkomatöse Wucherung gerät. Das Moment der individuellen Disposition, welches in dem mitgeteilten Falle so klar zutage tritt, ist aber auch in anderen Fällen von Lymphogranulomatose gebührend zu würdigen und bei Erörterungen der Ätiologie in Rechnung zu ziehen. Wenn wir berücksichtigen, daß in zahlreichen Fällen von Lymphogranulom der Kochsche Bazillus sicherlich im Spiele, in anderen aber ebenso



sicher auszuschließen ist, wenn wir bedenken, daß in solchen anderen Fällen die verschiedensten Mikroben als Erreger angesprochen wurden, so müssen wir sogar sagen, daß der jeweils offenbar verschiedene bakterielle Erreger lediglich eine substituierbare, die individuelle Disposition dagegen die obligate Krankheitsbedingung, die conditio sine qua non darstellt. Von diesem Gesichtspunkte aus reiht sich die Lymphogranulomatose an eine Gruppe gleichfalls mesodermale Systeme befallender Erkrankungsformen an, so gewisser Polyarthritiden, des Still-Chauffardschen Syndroms (= chronisch progrediente Polyarthritis mit Lymphdrüsen- und Milzschwellung), der Serositis multiplex, welche gleichfalls auf der Grundlage einer besonderen Minderwertigkeit der betreffenden Gewebe unter Einfluß verschiedener mikrobieller Erreger zur Entwicklung gelangen.

Riehl fragt an, ob Dr. Bauer in der Lage ist, für seine Hypothese irgendein klinisches oder anatomisches Substrat als Stütze anzugeben — da ihm selbst kein Faktum bekannt sei, das für diese theoretische Annahme sprechen würde.

Bauer erwidert, daß wir im Falle der Lymphogranulomatose noch keine exakte Handhabe für die Präzisierung der Organminderwertigkeit besitzen; wir können sie weder anatomisch, wie etwa bei gewissen Erkrankungen des Nervensystems, noch chemisch, wie bei manchen Stoffwechsel- oder Leberkrankheiten, vorderhand fassen.

Kyrle. Unsere Kenntnisse von der Lymphogranulomatose sind, wie auch aus dem vorliegenden Referate hervorgeht, zum Teile noch recht erweiterungsbedürftig; immerhin aber verfügen wir doch schon über einzelne feste Grundlagen, die für jede weitere Arbeit auf diesem Gebiete Richtung gebend bleiben müssen und auch bleiben werden. Auf diesem gesicherten Bestand unseres Wissens in der Lehre von der Lymphogranulomatose möchte ich in meiner Diskussionsbemerkung hinweisen und damit das vom Referenten bereits ausführlich Erwähnte gewissermaßen nur nochmals unterstreichen. Ich halte es nämlich für das wichtigste, um in einer nur irgendwie zweifelhaften Frage vorwärts kommen zu können, daß man sich zunächst darüber völlig klar wird, was für zukünftige Arbeit als unverrückbare Basis anzusehen ist.

Da wäre zuerst festzustellen, daß wir es in der Lymphogranulomatose gewiß nicht mit einem Tumor zu tun haben. Dieser Hinweis ist nicht überflüssig, da ja, wie auch Kren schon erwähnt, eingehende Arbeiten aus guter, beachtenswerter Quelle vorliegen, in welchen solches behauptet wird. Ich verweise auf die Publikation von Tsunóda aus dem Orthschen Institut. Die Tatsache, daß die Lymphogranulomatoseherde vielfach ein aggressives, zur Destruktion des infiltrierten Gewebes führendes Wachstum aufweisen, sich demnach in der Hinsicht wie echte maligne Tumoren verhalten, kann noch nicht genügen, den Prozeß damit zu identifizieren. Der Effekt, welcher durch das Wachstum eines malignen Tumors und durch das der Lymphogranulomatose erzielt wird, ist ja ähnlich, aber deshalb braucht das Wesen beider Prozesse noch lange nicht das gleiche zu sein. De facto zweifelt heute wohl niemand mehr ernstlich daran, daß wir es in der Lymphogranulomatose mit einem chronisch entzündlichen Prozeß zu tun haben, der unter Bildung ganz eigenartiger, aggressiv wachsender Infiltrationen einhergeht, die durch eine ganz bestimmte Histologie charakterisiert sind.

In diesem letzterwähnten Umstand liegt die zweite Tatsache, die wir als völlig sicheren Besitzstand unseres Wissens bezeichnen können: Die Histologie der Lymphogranulomatose hat etwas durchaus Spezifisches an sich, wodurch die charakteristischen Eigenheiten bedingt sind, darauf hat der Referent zur Genüge hingewiesen.

Infolge der Spezitität des histologischen Baues der Lymphogranulomatose haben wir nun aber auch die Möglichkeit gegeben, dieses Krank-



heitsbild innerhalb anderer, klinisch und anatomisch ähnlich aussehender Prozesse sicher abzugrenzen, woraus umgekehrt wieder gefolgert werden muß, daß wir von Lymphogranulomatose nur dann reden dürfen, wenn der anatomische Befund ein entsprechender ist. Die Klinik allein kann hier nicht entscheiden, Anspruch auf diagnostische Sicherheit kann nur in Fällen erhoben werden, wo anatomisch untersucht, für Lymphogranulomatose charakteristische Befunde erhoben wurden. Mag das klinische Verhalten in einem Falle noch so sehr an das bei der Lymphogranulomatose erinnern, wenn der anatomische Befund nicht stimmt, kann auf Lymphogranulomatose nicht mit Sicherheit diagnostiziert werden. Irgendwelche Erweiterung durch Heranziehung klinisch ähnlich aussehender und verlaufender Prozesse verträgt das Krankheitsbild nicht. Alle derartigen Versuche müssen von vornherein als unzutreffend bezeichnet werden. Dies gilt z. B. auch bezüglich des seinerzeit von Kreibich gemachten Vorschlages, den Lupus pernio mit der Lymphogranulomatose in eine Linie zu bringen.

Die sicheren Punkte in der Lehre von der Lymphogranulomatose sind demnach: Die Erkrankung ist gewiß nicht den Tumoren zuzurechnen, wir haben es hier mit einem chronisch entzündlichen Prozesse zu tun, der durch einen ganz bestimmten anatomischen Befund gekennzeichnet ist. Die Klinik und der Verlauf der Erkrankung sind durchaus nicht gleichmäßig, welche Schwankungen in dem klinischen Exterieur vorkommen können, dafür vermag auch wieder der Fall, welchen Kren in seinem Referate als neuen Beitrag zur Kasuistik gebracht hat, ein gutes Beispiel abzugeben. Aus den Manifestationen am Integument, aus dem Typus der Fieberbewegungen und anderen Symptomen der Erkrankung sichere Anhaltspunkte für das Erkennen des Prozesses gewinnen zu wollen, muß als ein von Haus aus wenig Erfolg versprechendes Beginnen bezeichnet werden. Der endgültige Bescheid vermag nur durch eine verläßliche, anatomisch-mikroskopische Untersuchung gebracht zu werden.

Kurz noch einiges zur Frage des ätiologischen Faktors der Erkrankung. Persönlich neige ich der Ansicht zu, daß wir es hier mit einer ungewöhnlichen Äußerung des Tuberkelbazillus zu tun haben — eigene Beweise hiefür kann ich allerdings nicht beibringen. Wenn man sich die überreiche Literatur über diese Frage, auf die vom Referenten genügend eingegangen wurde, vergegenwärtigt, so findet man Experimente mitgeteilt, die meiner Meinung nach allen Anforderungen der Kritik standhalten, um als positiver Beweis für die tuberkulöse Natur des Leidens gelten zu können. Ich zitiere nur beispielsweise die Arbeit von Löwenstein und seinem Mitarbeiter.

Daß die Überzahl von Experimentatoren negativen Befund erhalten hat, vermag bekanntlich noch gar nicht zu sagen, daß hier nicht doch eine Tuberkulose vorliegt. Gerade wir Dermatologen sind doch bezüglich negativer Befunde bei ätiologisch sicher stehender Tuberkulose genügend orientiert, wir kennen Beispiele genug, wo solches die Regel ist. Ich erinnere nur an die verschiedenen Formen der Tuberkulide, insbesondere an das Boecksche Lupoid, dessen tuberkulöse Ätiologie doch über jeden Zweifel sicher steht, wie ich erst jüngst nachweisen konnte und bei dem bezüglich der Tierexperimente die gleichen Schwierigkeiten bestehen wie bei der Lymphogranulomatose. Die Aussichten auf ein positives Tierexperiment hängen, wie es scheint, von bestimmten Bedingungen ab, die für das Virus in dem betreffenden Organismus gegeben sind. Es wäre ganz gut möglich, daß die in der Regel negativen Impfresultate bei der Lymphogranulomatose auch auf ähnliche Umstände zu beziehen wären.

Kren (Schlußwort) ist völlig einig mit Kyrle, daß nur feststehende Tatsachen als Basis für die weitere Forschung verwendet werden dürfen. Gerade deshalb kann er sich nicht so ganz der Tuberkulose-Ätiologie der



Lymphogranulomatosis ausschließen. Gewiß sind die Befunde positiver Tuberkulosebazillenbefunde relativ häufig, sicher festzustehen scheinen aber durch die viel größere Zahl der positiven Befunde bloß die Granula. Speziell die Versuche Lichtensteins, der bei 45 Meerschweinchen mit abgeschwächten Tuberkulosebazillen 14 mal typische Lymphogranulomatosis erhalten haben will, sind bis nun von keiner Seite bestätigt. Auffallend für die gewiß sehr bestechende Tuberkulose-Ätiologie ist auch, daß kein Fall von Lymphogranulomatosis geheilt werden kann. Alle sind zugrunde gegangen. Sollte das nur in dem Sitze der Erkrankung im lymphatischen Apparat begründet sein? Das ist kaum anzunehmen; heilen doch tuberkulöse Lymphome oft genug aus.

Ich möchte also bei Beurteilung der Ätiologie doch zu einer gewissen Vorsicht mahnen und nochmals betonen, daß es sich empfehlen dürfte, zur Klärung des ätiologischen Faktors der Lymphogranulomatosis doch nur solche Fälle zu tierexperimentellen Studien zu verwenden, die sich sonst frei von Tuberkulose erweisen. Eine gleichzeitige Tuberkulose findet sich bei Lymphogranulomatosis häufig, was bei der langen Dauer und Anämie, mit der die Erkrankung einhergeht, nicht wundern kann.

Eine besondere Vorsicht in der Beurteilung muß auch obwalten, wenn bei der Sektion des einen oder anderen Lymphogranulomatosisfalles noch eine dritte Affektion gefunden wird. Ich möchte da gleich auf den Fall Bauers hinweisen. Es scheint mir sehr gewagt, bei einem Fall außer der Lymphogranulomatose und Tuberkulose noch ein Lymphosarkom zu diagnostizieren; ich möchte da doch eher noch weitere genaue histologische Untersuchungen abwarten. Ähnlich verhält sich der Fall Dietrichs, der zuerst an Leukämie gelitten haben soll, die durch nachfolgende Tuberkulose angeblich zum Schwinden gebracht worden ist, und der schließlich an Lymphogranulomatosis zugrunde gegangen ist. Solche Kombinationen müssen sehr vorsichtig beurteilt werden.

Keinen Fortschritt können ferner Arbeiten bringen, die in ihrer Hypothese so weit gehen, daß sie die Mykosis fungoides z. B. als Lymphogranulomatosis der Haut ansprechen, oder den Lupus pernio mit der Lymphogranulomatosis zusammenwerfen. Ebenso scheint die Annahme Bauers zu sehr hypothetisch, als daß sie wenigstens auf dem Gebiete der Lymphogranulomatosis einen Fortschritt zuließe.

Verhandlungsberichte.

Wiener dermatologische Gesellschaft.

(Offizielles Protokoll.)

Sitzung vom 4. April 1918.

Vorsitzender: Riehl. **Schriftführer:** Kerl.

Rusch demonstriert:

1. Eine Frau mit Aktinomykosis der linken Wange, seit mehreren Wochen bestehend. Die Infektion erfolgte offenbar von der Mundhöhle aus und griff sekundär auf die Gesichtshaut über. Röntgenbehandlung und Jodkali innerlich hat sichtlichen Erfolg.

2. Eine Frau mit Syringozystadenomen der Brusthaut.



3. Eine schwachsinnige, 24jährige Frau mit Morbus Recklinghausen. Bemerkenswert sind unter anderem zahlreiche kleine Neurome an den Handtellern und große, weiche, mammaartige Tumoren an den Fußsohlen.

4. Eine 27jährige Frau, die seit 3 Monaten an der Haut des Stammes die makulöse Form der Urticaria pigmentosa zeigt; histologische Präparate.

5. Eine Frau mit atypischer Skabies; eine enorme Zahl wohlausgebildeter Milbengänge an den typischen Lokalisationsstellen, aber auch am Halse; seltsam kontrastiert hiezu die geringfügige Ausbildung der sekundären Hauteffloreszenzen.

6. Ein 7jähriges Mädchen mit Hemihyperidrosis partialis. Die auslösenden Ursachen sind die nämlichen, die gewöhnlich zum Schwitzen führen, Wärme und Bewegung, es genügen aber solche von schon geringfügiger Intensität, so daß das im übrigen durchaus gesunde Kind im Bereiche der lateralen Hälfte des linken Handrückens fast beständig schwitzt. Psychische Anspannung hingegen, wie beispielsweise Hinlenken ihrer Aufmerksamkeit auf das Phänomen, ist imstande die Schweißsekretion zu hemmen.

7. Eine 26jähr. Frau mit strichförmig angeordneter Dermatose an der Radialseite des l. Vorderarmes, Daumenballen und Daumen, seit Kindheit bestehend. Lebhaft rote, teils schuppende, teils glatte, bis linsengroße, auf Druck schwindende Knötchen. Anatomisch handelt es sich um linsenförmige, scharf umschriebene, in den oberen Kutisschichten sitzende, bis an die hyper- und parakeratotische Oberhaut heranreichende Einlagerungen, die aus einem Konvolut hyperplastischer Gefäße mit reichlicher perivaskulärer Zellinfiltration (lymphozytäre, leukozytäre Elemente, Plasmazellen) bestehen.

Oppenheim demonstriert:

1. Ein Mädchen mit Onycholysis partialis an den Hand- und Fußnägeln. Sämtliche Fingernägel zeigen eine Ablösung vom Nagelbett und zwar so, daß der festanhaftende Nagel sich gegen den losgelösten in Form einer distalen konkaven Linie abgrenzt. Die abgelöste Partie ist etwas abgehoben, so daß sie nicht in gleicher Flucht mit dem übrigen Nagel verläuft. Sonst hat der Nagel seine natürliche Beschaffenheit, wie Glanz und Glätte beibehalten. Die Affektion ist seit August spontan ohne Veranlassung entstanden und ist als Onycholysis idiopathica zu bezeichnen, im Gegensatz zu der von mir s. Z. beschriebenen Form bei Wäscherinnen, die durch eine Kombination von mechanischen und chemischen Momenten zustande kommt



und als *traumatica* zu bezeichnen ist. Sie unterscheidet sich von der demonstrierten Form dadurch, daß nur die Hände befallen sind, daß gewisse Finger besonders stark affiziert sind und daß der abgelöste Teil des Nagels mit dem fixierten in einer Flucht verläuft.

2. Einen 5jährigen Knaben mit einem ausgedehnten *Lichen scrophulosorum*, dessen Knötchenherde am Rücken zu einer doppelt flachhandgroßen schuppenden, braunroten, mäßig elevierten Fläche konfluiert sind, an deren Rande man die einzelnen Lichenknötchen deutlich erkennt. Eine präaurikulare Drüse ist infiltriert.

3. Zwei Arbeiterinnen aus einer Buchbinderei mit *Erysipeloid* der Hände. Die eine zeigt am linken Daumenballen ein rotes, ringförmiges Band, scharf gegen die Umgebung abgesetzt, ein etwa kronengroßes blasses Zentrum umgebend, die andere am Mittelfinger der linken Hand ein ähnliches Bild. Die Genese der Affektion ist interessant. In der Buchbinderei mußte in letzter Zeit der Leim durch ein *Ersatzpräparat*, eine *Gallerte*, ersetzt werden, die anfänglich geruchlos, bald einen üblen, fauligen Geruch bekam. Außer den beiden demonstrierten Arbeiterinnen erkrankten noch zwei an Erysipeloid; alle klebten mit der neuen Gallerte. Seitdem diese abgeschafft ist, blieben die Erkrankungen aus. Es ist klar, daß die putriden Substanzen der Gallerte das Erysipeloid hervorrufen können, wie bei Köchinnen, Fleischhauern, Selchern etc., bei denen sonst die Affektion als toxische beobachtet wird.

Lekisch demonstriert eine 33jährige Patientin mit *Fibroma molluscum (Recklinghausen)*. Die Affektion trat erst im 22. Lebensjahre auf. Auch waren bei P. keinerlei psychischen Störungen vorhanden. Man sieht bei Pat. am Körper und Extremitäten zahlreiche erbsen- bis kirschengroße Knoten, die Haut darüber leicht atrophisch, sonst unverändert, dazwischen fleckenförmige Pigmentierungen. Die Pat. hat keinerlei Beschwerden.

2. Einen 51jähr. Pat. mit einem über fünfkronenstückgroßem Geschwür an der Stirn. Vor 6 Jahren hatte Pat. an gleicher Stelle ein kleineres Geschwür, das exzidiert wurde, jedoch nach zwei Jahren rezidivierte und langsam bis zur jetzigen Größe anwuchs. Jetzt ist etwa ein Drittel des Geschwüres spontan vernarbt. Der Geschwürsgrund ist glatt, schinkenfarbig, die Ränder unregelmäßig, leicht aufgeworfen und unterminiert, derb. Die Diagnose lautet auf *Epitheliom*.

Kerl demonstriert:



1. Ein 8jähriges Mädchen mit Xeroderma pigmentosum Kaposi. Die Affektion begann im 2. Lebensjahre mit Rötung im Gesicht und an den Händen. Nunmehr findet man die typischen Veränderungen, fleckförmige Pigmentation, neben kleinen atrophischen Stellen, Gefäßektasien und bereits auch Verrucae ähnliche Bildungen und Tumoren. Im Gesicht sind die Veränderungen stärker als an den Extremitäten, wo sie distal an Intensität zunehmen. Die Familienanamnese ist belanglos, der 7jährige Bruder ist erscheinungsfrei. Verwandtschaftliche Beziehungen zwischen den Eltern bestehen nicht. Der haselnußgroße Knoten am linken Augenlid zeigte auf eine relativ kurze Radiumbestrahlung auffallend starken Zerfall.

2. Eine 47jährige Bäuerin mit linsengroßen Blasen und Pusteln an den Händen. Die Effloreszenzen zeigen einen 2—3 *mm* breiten entzündlichen roten Hof. Pat. gibt an, daß die Hauterscheinungen ca. 5 Tage nach dem Melken einer Kuh, die am Euter Pusteln aufwies, aufgetreten seien. Die Affektion zeigt große Ähnlichkeit mit den Fällen, die von Nobl in der Sitzung vom 7. März demonstriert wurden.

Nobl: In der Märzsitzung dieses Jahres stellte ich eine Frau vor, deren Fingerspitzen und Interdigitalflächen von dickwandigen, sanft gedellten Pusteln besetzt waren. Nach der sulzigen Transparenz, dem grauen Farbenton und der schmalen Areole mußte an akzidentelle Vakzination gedacht werden. Diese Vermutung wurde noch durch die Angabe bestärkt, daß der Ausschlag einer am Euter kranken Kuh entstanden sei. Das vor 3 Wochen eingestellte Tier soll schon in den ersten Tagen namentlich an den Zitzen blasige Abhebungen von Erbsen- und Bohnengröße aufgewiesen haben. Als ich die Kuh vor der Demonstration der Patientin untersuchte, waren nur gerötete, zart epithelisierte Stellen an den Zitzen, an den angrenzenden Teilen des Euters zu sehen. An den Hinterbeinen mit den Haaren verfilzte, krustöse Effloreszenzen. Die vorgewiesenen Abbildungen zeigen den Zustand an den Händen der Patientin etwa am 11. Krankheitstage. Damals hatten einzelne Blüten eine derart purulente Unterminierung angenommen, daß ich an dem Vakzinecharakter des Prozesses zu zweifeln begann und Herrn Regierungsrat Paul um die Ausführung des Kornealversuches bat. Wie das mir freundlichst zur Verfügung gestellte Programm und die Korneaschnitte zeigen, kam es zwar zu einer Keratitis, doch nicht zu der für Vakzine und Variola charakteristischen Epitheliose. Das von Paul ausgearbeitete wertvolle differentialdiagno-



stische Verfahren der gegitterten Kornealimpfung ergibt bekanntlich meist schon nach 48 Stunden makroskopisch, aus der Bildung feinster Bläschen in völlig entzündungsfreiem Terrain, die Natur des eingeriebenen Ausgangsmateriales. Noch sicherer entscheidet die Betrachtung der sublimat fixierten Hornhaut. An dieser treten die gewucherten, spezifisch hydropisch gequollenen und degenerierten, im Verbande gelockerten Epithelzellkomplexe durch die intensive Gerinnung des hier reichlicheren Serumgehaltes als kreisrunde schneeweiße Knöpfe hervor, während die übrige Hornhaut bei langsamer Trübung matt weiß bleibt. Die spezifische Epithelinfektion, mit der nachträglichen Formation der Guarnierischen Körperchen ist nur der Variola und Vakzine eigen, sie fehlt bei Varizellen und Pyodermien. Hier hat die Abimpfung der allerdings schon elf Tage alten Pusteldecken nach genau 48 Stunden im Bereiche des Insertionsgitters einfache weiße Raster ohne Epithelabhebung ergeben und im Gewebsbilde machen sich entzündliche Veränderungen geltend. Nach dem Impfeffekt wäre der Ausbruch als Impetigo contagiosa anzusprechen. Zu bemerken wäre noch die von Paul in mehreren Arbeiten erhärtete Tatsache, daß die oft nicht unbeträchtlichen Beimengungen von Eiterkeimen in der Lymphe, bei vollvirulentem Impfstoff keinerlei Reizerscheinungen hervorrufen.

Kren demonstriert eine 70jährige Frau, die er bereits im Juni 1917 als Lupus erythematodes vorgestellt hat, als Fall zur Diagnose. Die Beobachtung durch ein Jahr hat ergeben, daß Lupus erythematodes nicht vorliegt, sondern daß ein Krankheitsbild besteht, das heute in den Kreis der bekannten Bilder nicht eingereiht werden kann.

Zu der schon vor 1 Jahr bestehenden diffusen, gleichbleibenden Erkrankung des Gesichtes, die mit hochgradigen Pigmentationen einhergegangen ist, kam allmählich eine ausgedehnte Erkrankung der Brust- und Bauchhaut, die jetzt diffus ist, jedoch am Rande noch in einzelnen Effloreszenzen sich auflöst, die als kleine Erytheme von hellroter Farbe sich dokumentieren und peripherwärts sich langsam durch stete Vergrößerung zu ca. heller- bis zweihellerstückgroßen, ein wenig elevierten Scheiben werden, die im Zentrum unter passiver Hyperämie sich rückbilden. Dabei besteht nur geringe Schuppung und keine Exsudation. Die Scheibchen werden bei längerem Bestehen konfluent und führen so zu diffuser Erkrankung der Bauchhaut, während über beiden Mammae und am Halse sie noch isoliert stehen. Im weiteren Verlaufe entwickeln sich dann in der diffusen Erkrankung kleinfleckige Pigmentationen,

die durch Größerwerden abermals konfluent werden, wobei die blaurote Verfärbung weiter besteht. Das völlige Abklingen der Entzündung geht nur ungemein langsam vor sich, während die Pigmentation bestehen bleibt. Die ehemals ausgefallenen Haare am Kapillitium sind alle dicht wieder nachgewachsen. Eine Störung des Allgemeinbefindens besteht nicht. Zu einer Diagnose konnte Kren aus den beschriebenen Erscheinungen nicht kommen.

Scherber. Der Fall macht nach meiner Meinung den Eindruck, daß er jenen eigentümlichen Hautveränderungen zuzuzählen sei, die Riehl als Melanose beschrieben und über welches Krankheitsbild ich bei der Demonstration der Fälle durch Riehl auf Grund einer Reihe von Beobachtungen ebenfalls berichten konnte. Bis jetzt habe ich 8 Fälle beobachtet, allen ist die eigentümliche Rötung und besondere sepiabraune Pigmentierung vor allem an belichteten Körperstellen eigen und ist die Ätiologie dieser Fälle sicher auf ein Surrogat in der Ernährung zu beziehen, da vor dem Kriege diese Fälle nicht zur Beobachtung kamen.

Riehl ist nicht in der Lage, eine bestimmte Diagnose aus den bereits vorliegenden Erscheinungen zu stellen und bespricht die Verwandtschaft des Bildes mit Lichen ruber und anderen Dermatosen. Die Erscheinungen am Kopf, Pigmentierung und Keratose, die an gewisse Fälle von Melanose erinnern, geben Anlaß zu Bemerkungen über letztere Krankheit, die vorläufig in ihrem klinischen Bilde noch nicht erschöpfend erkannt, häufig mit andersartigen Erkrankungen (z. B. Vaselineakanthose, Schmieröldermatitis) konfundiert wird, wie Riehl gelegentlich der letzten Tagung der Berliner dermatologischen Gesellschaft konstatieren konnte. Riehl macht auf die Möglichkeit aufmerksam, daß der wahrscheinlich durch die Kriegsnahrung eingeführte toxisch wirkende Körper, der vermutlich die Melanose hervorruft, Dopa sein könnte. Vicia faba, in deren Keimen dieser die Vorstufen des Pigments zu Melanin umwandelnde Körper enthalten ist, wurde nachweislich zur Streckung des Brotmehls herangezogen. Riehl erwähnt, daß Fütterungsversuche mit Vicia faba an seiner Klinik im Gange sind.

Nobl demonstriert:

1. Einen Fall von Stigmatosis. Es handelt sich um einen 50jährigen Tabiker, der gegen lanzinierende Schmerzen seit 3 Jahren zu Morphiuminjektionen Zuflucht nimmt. Zeitweise werden bis zu drei Injektionen täglich vorgenommen. An den Streckflächen der Extremitäten, am dichtesten an den Armen, hier auch an der Innenseite, sieht man dicht gruppierte kirschen- bis pflaumengroße, teils rosenrot und bläulich verfärbte, teils von normaler Decke überkleidete Knoten. Die herdförmigen Infiltrate sitzen im subkutanen Lager und greifen auf die Kutis über. Anfangs sollen zahlreiche der Stichstellen abszediert sein. Seit geraumer Zeit sind das seltene Vorkommnisse. Offenbar hat die wiederholte Infektion mit Eitererregern allmählich immunisierend gewirkt, so daß heute nur mehr die Fremdkörperentwicklung in Gestalt entzündlicher derber Infiltrate zur Äußerung gelangt. Daher auch die abgestufte Kombination der verschiedenen akut entzündlichen und in-



durierten Reaktionsformen. Das Gewebssubstrat älterer Infiltrate besteht aus Rundzellkomplexen und polymorphkernigen Leukozyten. Stellenweise, namentlich an tiefen Knotenpartien, sind auch homogenisierte und zerfallene Fozi nachweisbar.

2. Den Zustand einer disseminierten knotigen Thrombophlebitis am Stamm und den Beinen bietet ein 30jähriger Soldat, der seit längerer Zeit in Spitalsbeobachtung steht. Es folgen in ununterbrochenen Schüben, rasch zu Höhetypen gedeihende, haselnuß- bis hühnereigroße hellrote, mit der Haut verlötete Knoten im Bereiche des abnorm entwickelten Venennetzes, das mit reich verzweigten ektatischen Netzen die Haut der Beine, des Abdomens und des Thorax umscheidet. Die Herde entwickeln sich zumeist an den Streckflächen der Oberschenkel und der unteren Bauchgegend. Bei flüchtiger Betrachtung könnte man an Furunkulose, Erythema nodosum oder sarkoide Tumoren denken. Die Einschaltung in die Flucht der Gefäße und die deutlichen periphlebitischen Veränderungen lenken auf den Charakter der Störung. Bei der äußerst oberflächlichen Lage der Venen, der Lokalisation der Knoten und dem Benehmen des Mannes ist es nicht ausgeschlossen, daß die gehäuften Rezidiven in Eigenregie in die Wege geleitet werden. Eine ähnliche Selbstbeschädigung dürfte bisher nicht bekannt sein und wird es unsere Aufgabe sein, den Kranken streng überwachen zu lassen.

Scherber demonstriert:

1. Einen 48jährigen Mann, der seit ungefähr 16 Jahren an Gonorrhoe leidet und der vor 6 Jahren an einer über haselnußgroßen, entzündlichen Schwellung, die sich ungefähr in der Mitte des Perineums entwickelte, erkrankte. Die Schwellung ging wieder zurück und nun wurde bei dem Patienten, in der Mitte des Perineums situiert, ein über taubeneigroßer und ebenso geformter Tumor festgestellt, der sich zwischen Haut und Harnröhre scharf von der Umgebung abgrenzen läßt und dessen Inhalt sich dem Gefühl nach aus einer größeren Zahl gegen einander verschieblicher, steinharter Konkremente zusammengesetzt, erweist. Der Röntgenbefund zeigt einen über taubeneigroßen, scharf begrenzten dichten Tumor. Röntgenbefund und klinischer Befund lassen den Tumor mit einer der Cowperschen Drüsen in Zusammenhang bringen und liegt eine Lithiasis der Cowperschen Drüse als Endausgang einer Entzündung vor.

2. Einen 36jährigen Mann, der ausgebreitete Leukoplakien am harten Gaumen und an der linken Wangen-



schleimhaut aufweist; innerhalb der Leukoplakie am Gaumen findet sich ein über kronengroßer mäßig tiefer Substanzverlust, mit flachem, leicht unebenen Grund und kallös aufgeworfenem Rand. Im linken Kieferwinkel und innerhalb der Leukoplakie an der Wange finden sich, etwas tiefer einsenkende, kleinere Ulzerationen. Probeexzisionen vom Gaumen wie von der Wangenschleimhaut ergaben den Befund der Leukoplakie mit Übergang in Karzinom. Der Patient war niemals geschlechtskrank, die W.-R. ist negativ und während die Karzinome der Zunge und Mundschleimhaut ziemlich auf Basis luetischer Leukoplakilen entstehen, handelt es sich hier um Karzinombildung auf Basis einer Leukoplakie, die als Folge eines viele Jahre auf die Schleimhaut ausgeübten Reizes anzusehen ist. Patient, ein Bauer aus Ungarn, kaut Eichenblätter und hat die Gewohnheit, die Blättermasse gegen Gaumen und linke Wange zu drücken. Hals und submaxillare Drüsen sind frei und wird Patient der Radiumbehandlung zugeführt werden.

3. Demonstration eines Abklatschpräparates nach Gram gefärbt, von der 9. Generation der in Stickstoffatmosphäre gezüchteten grampositiven vibrioförmigen Bazillen, die sich im Sekret der Balanitis erosiva circinata finden. Die Kulturen sind makroskopisch klein und sehr zart, graugelblich glänzend, mikroskopisch auffallend konvex geformt, graugelblich und die große Mehrzahl weist im Zentrum eine kleine unregelmäßige Auflagerung, ein Knöpfchen, auf. Die Mehrzahl der Bazillen des Abklatschpräparates ist typisch geformt, ein Teil zeigt eine körnige Segmentierung. Es sei hervorgehoben, daß es mir gelungen ist, die Bazillen auch aërob zu kultivieren. In Stickstoffatmosphäre gezüchtet, ist das Wachstum ein weitaus besseres und gelingt auch die Weiterkultivierung leichter.

Sitzung vom 2. Mai 1918.

Vorsitzender: Grosz. Schriftführer: Kerl.

Kren demonstriert 1. einen 5jährigen Knaben, der an Aplasia pilorum intermittens leidet. Über eine hereditäre Veranlagung war bis nun nichts zu eruieren, da das Kind nicht von seinen Eltern oder Geschwistern, sondern von fremden Leuten erst vor einigen Tagen in die Abteilung zur Aufnahme gebracht worden ist.

Auf dem Kapillitium sieht man wenige ca. 1—2 *cm* lange, dünne, aber sonst normal aussehende Haare, zumeist aber die Haar-Follikeln verhornt und nur einen kurzen

Haarstummel von 1—2 *mm* tragend. Bei der mikroskopischen Untersuchung erwiesen sich diese letzteren Haarrudimente und Follikelverhornungen aus einem Knäuel von typischen Spindelhaaren, die alle, wie es das Präparat zeigt, an ihrer Schmalstelle abgeknickt und so förmlich zusammengefaltet sind. Besonders eigentümlich ist aber eine weitere Lokalisation dieser Haarmißbildung an den Zilien und Superzilien. Erstere sind nur 1—2 *mm* lang und sehen wie abgeschnitten aus, ohne makroskopisch spindelige Veränderungen aufzuweisen. Letztere sind überhaupt nur als vereinzelte komedoartige Punkte erkennbar.

2. einen Kriegsverletzten, der nach seiner Rückkehr ins Zivilleben wegen eines Projektiles in der Rückenmuskulatur von einem Röntgenologen zum andern gegangen ist, bis er mit einem weit über 2 handtellergroßen, typischen Röntgenulkus der linken Bauchseite zur Aufnahme gelangte. Dieses Ulkus besteht nun 2 Jahre und wurde von mir exzidiert und gethierscht. Es kam jedoch erst nach Abstoßung der Thiersch-Lappen vom Rande her zur allmählichen Epithelisierung bis auf den jetzt noch bestehenden, ca. 5 kronengroßen, wenig granulierenden, zentralen Herd.

Die Pfannenstiel-Methode wurde bei dem Patienten durch Monate ohne besonderen Erfolg angewendet.

3. eine 29jährige Patientin, die seit drei Jahren an Lichen ruber planus leidet, der lange Zeit mit Arsen behandelt, sich bedeutend gebessert hat, um schon nach einigen Wochen wieder zu rezidivieren. Es bestehen jetzt neben einer ausgeprägten Arsenmelanose noch typische Lichen ruber-Effloreszenzen und Gemmen am Stamm, an den Extremitäten und am Kapillitium. Dabei aber ein deutlich ausgebildeter Lichen spinulosus in beiden Unterbauchgegenden und über dem Kreuzbein.

Der Lichen spinulosus, der mit dem Lichen acuminatus natürlich nichts zu tun hat, ist erst im Verlaufe der Arsenmedikation aufgetreten, doch sind auch stets neue typische Planusknötchen aufgeschossen.

Sachs demonstriert:

1. einen Fall von Erysipeloid auf dem rechten Handrücken, entstanden nach Verletzung mit einem Knochen beim Auslösen desselben aus einem Stück Rindfleisch, welches bereits 10 Tage alt war.

2. einen 26jährigen Infanteristen mit einer durch skrophulöse Diathese bedingten Schwellung der Ober- und Unterlippe, außerdem besteht eine Conjunctivitis eczematosa. Nach Injektion von 1 *mg* Alt-

tuberkulin trat außer Rötung und Schwellung der Ober- und Unterlippe eine solche der Wangen auf. Temperatur 38·5, Injektionsstelle gerötet und infiltriert.

3. einen 41jährigen Infanteristen mit Lymphomata colli, welche zum Teil vereitert sind. Auf der Haut des Stammes finden sich kleinste stecknadelkopfgroße, rötlichbraune, dem Follikel entsprechende Knötchen, welche als Lichen scrophulosorum anzusprechen sind, außer diesen solche von Acne in scrophuloso. An der Beugefläche des linken Oberarmes findet sich ein kreisförmiger Herd aus zahlreichen follikulär angeordneten, bräunlichroten Knötchen zusammengesetzt. Dieser Herd wäre noch am ehesten als Lupus vulgaris, vielleicht auch Lichen scrophulosorum aufzufassen. An der Beugefläche des linken Handgelenkes ist eine als Scrophuloderma zu bezeichnende Hautaffektion. Alle Hautveränderungen stehen mit dem tuberkulösen Grundprozeß im ursächlichen Zusammenhang. Nach 1 *mg* Alttuberkulin wurde weder eine allgemeine noch lokale Reaktion konstatiert, an der Injektionsstelle Rötung und Schwellung. Wassermann positiv. Durch die histologische Untersuchung des kreisförmigen Herdes wird die Entscheidung getroffen werden, ob ein Lupus vulgaris oder Lichen scrophulosorum vorliegt oder nicht. Die am 3. Mai vorgenommene Injektion von 5 *mg* Alttuberkulin zeigte außer einer Temperatursteigerung von 38·5° eine auf der Haut des Stammes deutliche Eruption von Lichen scrophulosorum-Effloreszenzen, die alten Knötchen stärker rot.

Fasal demonstriert eine 45jährige Pat. mit Xanthoma generalisatum. Die Pat. leidet an einer Leberaffektion, die mit Ikterus einhergeht. Zugleich mit dem Ikterus traten unter heftigem Jucken gelbe Flecken und Knötchen auf. Für Heredität keine Anhaltspunkte. Wir sehen im Gesicht, Stamm und Extremitäten zahlreiche orangegelbe Flecke, die insbesondere an den normalen Hautfalten streifenförmige Ausdehnung zeigen. Am Olekranon und den Streckseiten der Fingergelenke und zahlreichen anderen Stellen befinden sich derbe gelbe Tumoren von Erbsen- bis Haselnußkerngröße, die stellenweise in Gruppen gestellt sind.

Daß Lipoide im Blute Leberleidender reichlich vorhanden sind, ist bekannt. Das reichliche Vorhandensein von Cholestearinestern in den Tumoren der Xanthomknoten bietet die Erklärung für die Beziehungen, welche zwischen Ikterus und Xanthom bestehen. Durch den Austritt der im Blut angesammelten Lipoide durch die Kapillaren wird



im perivaskulären Gewebe einerseits ein Reiz auf die Größe und Zahl der Bindegewebszellen ausgeübt, andererseits entsteht durch Aufnahme des Lipoids die typische Xanthomzelle.

In unserem Falle sind auch die Augenlider befallen. Ob die völlige Trennung des Xanthoma palpebrarum vom X. generalisatum berechtigt erscheint, ist noch nicht sicher, da es zahlreiche Berührungspunkte für beide Affektionen gibt. Histologisch ist die Xanthomzelle beiden gemeinsam. In klinischer Beziehung gibt es auch Übergangsformen. Ich hatte Gelegenheit auf der Abt. des Prof. Nobl eine 46jähr. Frau zu beobachten, bei der sich im Anschluß an ein X. palpebrarum planum bis haselnußgroße derbe Xanthomtumoren bildeten, die wegen mechanischer Behinderung des Augenlides chirurgisch entfernt werden mußten. Zugleich bildeten sich Hyperostosen am Knochengerüst der Nase. Histologisch fand sich kein Anhaltspunkt für Malignität, typischer Xanthombefund. Doppelbrechung unter dem Polarisationsmikroskop. Kreibich fand, daß in den Hautkapillaren Lipoid sich als physiologischer Inhalt der Endothelien findet. Es wäre möglich, daß bei fötaler Anlage ein Durchtritt der Lipoide durch die Kapillaren erfolgt und zu bindegewebigen Wucherungen sowie zur Aufnahme des Lipoids und zur Bildung der Xanthomzelle führt, so daß der Unterschied der Xanthome mehr in quantitativer Richtung gegeben wäre.

Scherber demonstriert:

1. eine Frau mit Lichen ruber planus; auffällig ist die intensive Entwicklung der typischen Effloreszenzen an der Wangenschleimhaut beiderseits, Zunge frei. Das Auftreten des Lichen ruber planus ist in den letzten Wochen wieder wesentlich gesteigert.

2. eine 24jährige Frau mit einem luetischen Exanthem malignen Charakters; eine ungemein reichliche Aussaat papulopustulöser, zum Teil in Rupia syphilitica übergehender Effloreszenzen am ganzen Körper; ulzeröse Papeln im Munde, auffallende spezifische Anämie.

3. einen 64jährigen Mann, der die Erscheinungen jener eigenartigen Melanose in auffälligster Weise entwickelt, darbietet, die Herr Hofrat Riehl in der Gesellschaft der Ärzte (1. Juni 1917) zuerst demonstrierte. Bei unserem Patienten ist das Gesicht, vornehmlich auch die belichteten Partien des behaarten Kopfes, des Halses und Nackens bis zur oberen Brustapertur, in geringem Maße auch das Dorsum beider Hände befallen. An den erkrankten Partien ist die Haut diffus erythematös, in wechselnder



Intensität, im ganzen aber nicht besonders auffällig verändert, sehr hochgradig und das erythematöse Rot zumeist völlig überdeckend, ist die Pigmentation, die sepiabraun bis dunkelbraungrau erscheint, besonders in den seitlichen Wangenpartien, in der Mitte der Stirn und über der Nasenwurzel, in der Kinn- und Nackengegend hochgradig ausgebildet. Die Oberhaut ist an den genannten Hautstellen verdickt und fühlt sich uneben und rauh an. Gegen die gesunde Haut erfolgt die Auflösung der zusammenhängenden Hautveränderung in Form sepiabrauner, unregelmäßiger Flecke. Die Affektion erstreckt sich bis ans Lippenrot und hat auch die Innenseite der Mundwinkel in geringer Ausdehnung ergriffen. Diese Melanose, über die ich auch schon berichten konnte, hängt sicherlich mit der im Kriege so wesentlich veränderten Ernährung zusammen und kommt bei unserem Patienten, worauf bereits Hofrat Riehl hingewiesen, vor allem das Brot in Betracht.

Nobl demonstriert:

1. ein 25jähriges, an Epilepsie leidendes Mädchen mit Alopecia areata am Standort früher Schübe des Lichen chronicus simplex. 1916 kindesfaustgroße Lichenplaques der rechten Nackenhaarregion. Nach $1^1/_2$jährigem Bestand Sistieren des Juckens, Abheilung. Vor mehreren Monaten rascher umschriebener Haarausfall ohne Hautveränderung am früher befallenen Gebiet. Dieses Wechselverhältnis zwischen primärer Neurodermie und sekundärer Alopekia am Läsionsbezirk hat Nobl im Laufe der Jahre viermal verfolgen können. Wohl eine weitere Stütze für die neurogene Abstammung beider Erscheinungen.

2. Dem Bilde der Psoriasis ähnelt ein universeller Lichen ruber planus-Ausbruch bei einer 40jährigen Frau. Hellrote, reichlich konfluierende Knötchengruppen treten zu mäßig aufgerauhten bis handtellergroßen Scheiben zusammen (Rücken). An der Mundschleimhaut typische Leisten und Ringe. Am äußeren Genitale (Innenflächen der Labien) hanfkorngroße Effloreszenzen. Trotz der Akuität des Ausschlages kein Jucken.

3. Das gleiche Leiden in ausschließlicher Lokalisation an den Beinen sieht man bei einem 50jährigen Arbeiter. Die verrukösen und planen Knötchengruppen sind irregulär eingestreut, ohne dem Laufe der varikös entarteten Venen zu folgen. Lichen ruber-Aussaaten sind des öfteren zu ektatischen Gefäßbahnen in topographische Beziehungen gebracht worden (Oppenheim-Druckreiz). Bei der unregelmäßigen Zerstreuung, wie sie der Kranke bietet,



könnte allenfalls der durch die Stauung des venösen Blutes bedingte Juckreiz die Verteilung beeinflußt haben.

Oppenheim. Der von Nobl zitierte Fall betraf eine Lichen ruber planus-Eruption längs einer varikösen Vena saphena magna, die in der Fossa ovalis begann und sich längs dem Verlaufe der Vena saphena in Gestalt eines zwei Finger breiten Streifens bis in die Gegend des Malleolus internus erstreckte. Ich faßte den Fall als Lichen ruber planus und Reizung auf, so zwar, daß durch die Reibung an der Hose des Patienten, die über der Vena saphena vorspringende Haut zur Lichen ruber planus-Bildung angeregt wurde.

4. Eine schwarzblaue. maulbeerähnliche Zehengeschwulst bei einer 50jährigen Frau. Einzelne Zehen und Interdigitalfalten des r. Fußes werden von der drusig unebenen, derben, bläschenförmig durchscheinenden Aftermasse eingenommen. Nach dem Aussehen würde man an idiopathisches hämorrhagisches Pigmentsarkom-Kaposi denken. Das histologische Bild spricht für Epitheliom.

5. Die restlose Abheilung leukämischer Hauttumoren bei einem 69jährigen Patienten. Es handelte sich um lymphatische Pseudoleukämie mit sublymphämischem Blutbild (7700 weiße Elemente, davon 43% Lymphozyten) und lymphatischen Gesichtsknoten. Arsen und Röntgentherapie hat die Hautveränderungen beseitigt und die Blutformel der Norm zugeführt. Die Heilung hält schon 2 Jahre an. Die gleiche Rückbildung erfuhren Arm- und Brustknoten. Zu erwähnen wäre noch, daß seinerzeitige Harnbeschwerden auf leukämische Prostataknollen bezogen werden mußten. Auch diese sind geschwunden und die Vorsteherdrüse weist wieder normale Größe auf.

6. eine zart atrophische Form des Lupus erythematosus an den Fingerbeeren und Hohlhänden. Es handelt sich um ein 23jähriges Mädchen; das an den Fingern seit einem Jahre Erfrierungen verfolgt. Der stark paretische Zustand der Gefäße und die diskrete Atrophie bedingen das pernioähnliche Aussehen. Alle sonstigen Prädilektionsstellen des Prozesses sind verschont geblieben.

7. einen mit Schleimhautgeschwüren einhergehenden Fall von Argyrie bei einem 40jährigen Eisenbahner. Seit Jahren bestehende Syphilophobie zwang den Kranken protrahierte Lapisierungen der Mundschleimhaut vorzunehmen, nachdem diese Therapie an einer laryngologischen Station gelegentlich eingeleitet wurde. Die Gesichts- und Nackenhaut grau- bis schwarzblau verfärbt. Die Mund- und Lippenschleimhaut wie mit Tinte beschmiert. Seit einiger Zeit bilden sich schlecht heilende Lippengeschwüre. Bei der gesetzten Vulnerabilität muß an beginnendes Karzinom gedacht werden.



Luithlen stellt vor:

1. Einen Fall von Schmieröldermatitis, der follikuläre und lichenoide Formen aufweist, partienweise das Bild eines Lichen ruber bietet. Der Patient ist Arbeiter in einer Automobilfabrik.

2. Ein Impfgeschwür am Arme, das serpiginöse Form aufweist. Der Fall ist bemerkenswert, da das Ulcus molle, von dem abgeimpft wurde, gutartig verlief und längst verheilt ist. Er ist ein Gegenstück zu den Beobachtungen, in denen durch Abimpfen von einem serpiginösen weichen Geschwüre ein gewöhnliches Ulcus molle erzielt wurde.

3. Einen Fall von sekundärer Lues mit Sklerose am Kinn infolge Rasierinfektion.

Lekisch demonstriert einen 41jährigen Patienten mit Gummen der Nasenschleimhaut. Die Innenfläche beider Nasenflügel von je einem etwa zweihellerstückgroßen Geschwür eingenommen. Auch am weichen Gaumen ein Hellerstück großes gummöses Geschwür. Lupus konnte aus dem Fehlen von Knötchen ausgeschlossen werden, ebenso Epitheliom aus dem raschen Wachstum, dem Fehlen eines derben, unterminierten Geschwürsrandes und dem Nichtübergreifen auf die äußere Haut. Pat. hatte vor 17 Jahren eine Sklerose, die W.-R. war zur Zeit der Vorstellung positiv.

Oppenheim demonstriert:

1. Einen Fall von Exanthem bei einem Soldaten, das man wohl als ganz eigenartiges Erythema exsudativum multiforme auffassen muß. Nach einer Erkältung im September erkrankte der 35jährige Soldat an einer schmerzhaften Schwellung der Hand- und Fußrücken und an Flecken und Papeln hauptsächlich an den Streckseiten der Extremitäten. Seit Januar liegt der Fall auf meiner Abteilung und bietet ein ungemein wechselndes Bild. An den Streckseiten der Arme und Beine treten teils bis Fünfhellerstück große, erhabene, scharf begrenzte, sehr derbe, im Zentrum deprimierte und blaurote, peripher lebhaft rote Effloreszenzen auf, die nach kurzem Bestande mit Pigmentierung abheilen oder spurlos verschwinden, worauf wieder rote, kreisrund oder oval begrenzte Flecken auftreten; teils zeigen sich Hautblutungen, bald makulös, bald papulös, von verschiedener Größe, die mit Pigmentierung verschwinden. Manchmal haben diese hämorrhagischen Effloreszenzen das Aussehen der Purpura annularis. Dabei tritt, gewöhnlich abends, eine ödematöse Schwellung der Hand- und Fußrücken auf, auch Gelenksschwellungen an den Finger-, Hand- und Fußgelenken. Gefiebert hat der



Patient nie, die Schleimhäute waren immer frei. Am interessantesten ist aber die Beschaffenheit der Flachhände und Fußsohlen, die auch jetzt sehr deutlich hervortritt. Es kommt zur Entwicklung von zahlreichen, zuerst roten, stecknadelkopf- bis erbsengroßen, scharf begrenzten Flecken, die sehr bald schwarz werden und lange sichtbar bleiben. Diese schwarzen Flecke und Punkte, die auf Fingerdruck unverändert bestehen bleiben und bei denen es sich offenbar um Hautblutungen mit nachträglicher eigentümlicher Pigmentierung handelt, bleiben konstant bestehen und geben dem Krankheitsbilde das eigentümliche Gepräge. In dieser Art konnte ich einen ähnlichen Fall noch nicht beobachten. Doch muß man wohl den Fall zu der Gruppe des Erythema exsudativum multiforme rechnen, mit gleichzeitiger Beteiligung der Gelenke.

Sachs. Der demonstrierte Fall gehört keineswegs zu den Seltenheiten. Die Gelenksaffektion (Hand- und Kniegelenk) und Erythem gehören zusammen und sind auf eine gemeinsame, uns zur Zeit noch unbekannte Ursache zu beziehen. Es liegt hier nicht das Bild des Erythema multiforme sensu strictiori vor, sondern ein Erythema papulatum vom Typus des Erythema exsudativum, welches als toxisch aufzufassen ist. Bemerkenswert sind die Hämorrhagien (Purpura an beiden Handtellern).

Scherber. Ein Fall, dem demonstrierten Patienten in gewisser Beziehung, besonders was das Anfangsstadium der Erkrankung betrifft, ähnlich, durch andere Erscheinungen aber wesentlich verschieden, stand in meiner Beobachtung und wird demnächst ausführlich in der „Dermatologischen Zeitschrift" erscheinen. Bei unserem Fall, ein Mädchen betreffend, bewährte sich therapeutisch das Salvarsan ausgezeichnet und möchte ich dessen Anwendung auch für diesen Patienten empfehlen.

Kyrle. Therapeutisch wäre in diesem Falle an die Exstirpation der Tonillen zu denken. Kyrle kennt einen analogen Fall, wo auf diesem, von Eppinger zuerst angegebenen Wege voller Erfolg erzielt worden ist.

Oppenheim (Schlußwort). Wir dürfen den Fall nicht als reinen Gelenksrheumatismus ansehen, denn das Primäre dabei war das Hautexanthem; die Gelenksschwellungen, die wieder vollständig zurückgehen können, kamen erst später dazu. Auch bestand niemals Fieber.

2. Eine 17jährige Virgo mit der von Lipschütz als Ulcus acutum vulvae bezeichneten Geschwürsbildung von ganz besonders intensiver Entwicklung. Man findet an der Außenseite der Labien, auch an deren Innenseite bis haselnußgroße, grau belegte, scharfrandige, von leichtroten Höfen umgebene Geschwüre, teils symmetrisch angeordnet ohne Unterminierung der Ränder und ohne Auszackung derselben. Die Tiefe der Ulzerationen ist gering. Im Strichpräparat des Sekretes die oft beschriebenen Bazillen. Was wir hier sehen, haben wir früher mit dem Sammelnamen Ulcera aphthosa bezeichnet, und nicht so selten beobachtet. Es scheint sich hier tatsächlich, wie Lipschütz meint, um eine eigene Art von Ulzerationen, die am häufigsten bei Virgines auftritt, zu handeln, andererseits besteht zwei-

fellos eine große Ähnlichkeit dieser Geschwüre mit gewissen aphthösen Geschwüren des Mundes. Solange das positive Impfexperiment fehlt, sollten wir doch noch mit der Sonderstellung des Ulcus acutum vulvae ein wenig vorsichtig sein.

Scherber. Die demonstrierte Affektion hat O. Sachs im Jahre 1905 zuerst unter dem Namen pseudotuberkulöse Geschwüre beschrieben. Lipschütz hat 1912 die Erkrankung als Ulcus vulvae acutum genau beschrieben und auf eine sich ständig findende Bazillenform hingewiesen. Anfang 1913 habe ich meine über die Geschwürsform gesammelten klinischen und bakteriologischen Beobachtungen ausführlich mitgeteilt, auf denselben bakteriologischen Befund wie Lipschütz verwiesen und konnte kürzlich über die gelungene Reinkultur der sich in den Geschwüren findenden Bazillen, auf der Platte in Stickstoffatmosphäre gezüchtet, Mitteilung machen. Ich habe den Namen pseudotuberkulöse Geschwüre beibehalten, weil er schon in die Literatur Eingang gefunden hatte, weil er doch die Klinik der Affektion, wie man dieselbe meistens sieht — mehrere größere Geschwüre und eine Aussaat kleiner und kleinster, follikulärer Geschwürchen — zu charakterisieren sucht.

Sachs. Im Jahre 1904 habe ich einen Fall von Vulvitis ulcerosa pseudotuberculosa beschrieben. Das klinische Bild ist von späteren Autoren, zuerst von Lipschütz, mit dem Namen Ulcus vulvae acutum bezeichnet worden. Es sind die Krankheitsbilder der Vulvitis ulcerosa pseudotuberculosa (Sachs) und Ulcus vulvae acutum (Lipschütz) identisch. Lipschütz hat sich um die Symptomatologie und um die Ätiologie, Scherber um die Reinkultivierung des Bacillus crassus Verdienste erworben. Die Bezeichnung als Pseudotuberculosa erfolgte bei Fehlen des ätiologischen Momentes nur aus dem Grunde, um sie von den tuberkulösen Geschwüren, mit denen sie eine gewisse Ähnlichkeit hatten, abzugrenzen. Ich gebe ohneweiters zu, daß die Bezeichnung „Pseudotuberkulosa" nicht zutreffend ist, halte aber den Namen „Ulcus vulvae acutum" keineswegs glücklich gewählt.

Auffallend ist, daß jetzt sehr viele Fälle von Ulcera pseudotuberculosa sive Ulcus vulvae acutum beschrieben werden, es ist sehr wahrscheinlich, daß häufig Verwechslungen mit Ulcera venerea oder Ulcera aphthosa vorkommen. Jedes Geschwür, das an der Vulva beginnt, ist akut, ein Ulcus venereum an der Vulva ist auch ein Ulcus vulvae acutum, i. e. venereum. Bei dem Namen Ulcus vulvae acutum fehlt ein die Erkrankung näher charakterisierende Bezeichnung, z. B. das ätiologische Moment. Weitere Untersuchungen werden erst zu beweisen haben, ob bei Überprüfungen mit dem Bacillus crassus wiederum der ursprünglichen Erkrankung ähnliche oder gleiche Krankheitsbilder entstehen.

Reiner demonstriert einen 30jährigen Mann, bei welchem folgende Anamnese erhoben wurde: Oktober 1917 Geschwür am Gliede. Wassermann negativ. Einleitung einer Abortivkur, 7 Salizylquecksilberinjektionen, 3 intravenöse Neosalvarsaneinspritzungen 2 zu 0·45, eine zu 0·3 bis Ende November. Wassermann bleibt dauernd negativ; keine Erscheinungen. Letzte Wassermann-Untersuchung Januar 1918. Patient wird als geheilt erklärt. Mitte April bekam Vortragender den Mann zu Gesicht, nachdem einige Tage vorher Patient an seiner früheren Behandlungsstelle sich vorgestellt hatte und als vollkommen gesund befunden wurde. Folgender Befund wurde erhoben: eine



hühnereigroße indolente Lymphdrüse unter dem linken Unterkiefer, ein mattes makulöses Syphilid am Stamme, trocken gruppierte Papeln an der Glans und in Form von zwei konzentrisch verlaufenden Bändern angeordnete konfluierende spezifische Infiltrate am Präputium, indolente Drüsen in inguine. Wassermann selbstverständlich komplett positiv. Abgesehen von der etwas ungenügenden spezifischen Abortivkur ist nach so kurzer Beobachtungszeit von der Annahme einer völligen Heilung der Erkrankung stets zu warnen, wie vorgestellter Fall neuerdings lehrt.

Königstein demonstriert einen Fall von Sommerprurigo.

Nobl. Es freut mich sehr, von Herrn Königstein bei dieser mir wohl bekannten Patientin eine Diagnose gestellt zu sehen, die er vor mehreren Jahren von dieser Stelle aus, als ich die Kranke demonstrierte, in Abrede stellte. Damals war das Bild der Sommerprurigo bei weitem typischer zum Ausdruck gelangt und dennoch fand meine Anschauung bei Herrn Königstein keinen Anklang. Der Fall ist in mehrfacher Hinsicht sehr beachtenswert. Denselben Prozeß demonstrierte ich vor mehreren Jahren in der Gesellschaft der Ärzte und auch hier nicht nur an der Kranken, sondern auch an zwei Geschwistern und an der Mutter, also ein exquisites Beispiel konstitutioneller Mitwirkung. Ja noch mehr: die drei Kinder eines Vaters haben das gleiche Exterieur (Augen und Haarfarbe, Gesichtszüge) und leiden an Hydroa aestivalis, während drei weitere Geschwister, Kinder eines zweiten Vaters, von der Störung verschont sind. Herr Königstein hat im Laufe der Jahre offenbar vergessen, daß die drei befallenen Kinder von ihm durch längere Zeit an der Abteilung Ehrmann gelegen waren und die gleichen Zustände zu jener Zeit eine andere Deutung erfuhren. Bei der nicht zu häufigen Beobachtung ähnlicher Verhältnisse kann es nicht Wunder nehmen, daß ich mir sogar gemerkt habe, daß die Familie in Tullnerbach auf einer Höhe wohnt und dort der Sonnenwirkung stark ausgesetzt ist. Ich bin auf diese sehr beachtenswerte Familienerkrankung überdies auch 1918 anläßlich des Dermatologenkongresses zurückgekommen, als Kollege Groß' Demonstration eines sehr fortgeschrittenen, mit narbiger Zerstörung der Gesichtshaut einhergehenden Falles, zur Aussprache über Sensibilisierungsvorgänge in der Haut und aktinische Einwirkungen führte. Ich konnte damals, wie übrigens auch schon in der Gesellschaft der Ärzte und hier über Harnanalysen Prof. Sigmund Fraenkels berichten, die zunächst nicht zur Isolierung sensibilisierender Stoffe führen konnten.

Sachs. Die drei Geschwister hatte ich gleichfalls zu beobachten Gelegenheit und habe die gleiche Diagnose gestellt. Bei der ältesten Schwester waren im Urin keine porphyrinogenen Substanzen nachweisbar.

Königsstein. Lupus vulgaris.

Kerl demonstriert:

1. Ein 12jähriges Mädchen mit ausgebreiteter Sklerodermie; es sind vor allem Gesicht und die distalsten Extremitäten betroffen. Die Erkrankung begann angeblich mit Gehstörungen vor 6 Jahren. Vor 2 Jahren begann eine allmählich zunehmende Versteifung der Gelenke, die nunmehr soweit geht, daß die Finger nicht mehr gestreckt werden können, auch die großen Gelenke werden in leichter



Beugung gehalten. Pirquetreaktion ist positiv, die röntgenologische Untersuchung ergab hochgradige Atrophie des ganzen Extremitätenskelettes.

2. Ein 9jähriger Knabe mit hochgradiger Ichthyosis; die Geschwister des Patienten sind angeblich gesund.

3. Ein ausgedehnter Körperfavus.

4. Einen 15jährigen Knaben mit Morbus Recklinghausen. Pigmentierung und Fibrome, die angeblich seit 4 Jahren erst bestehen, sind vereinzelt am Stamm und Extremitäten.

5. Einen 24jährigen Soldaten, bei dem es im Anschluß an einen Hufschlag im August 1917 zu mächtiger Schwellung, die angeblich auch mit Temperatursteigerung verbunden war, gekommen ist. Als der Patient an die Klinik aufgenommen wurde, fand sich eine mächtige Schwellung der unteren Extremitäten bis zur Mitte des Oberschenkels. Die Masse differieren zwischen rechts und links an manchen Stellen um 7 *cm*. Die röntgenologische Untersuchung ergab normale Knochenverhältnisse. Als von chirurgischer Seite der Verdacht ausgesprochen wurde, daß es sich um Folgen von willkürlicher Abschnürung des Beines handle, nahm in der folgenden Zeit die Schwellung der Extremitäten etwas ab und verschwand auch die scharfe Abgrenzung. Patient gab auch zu, daß er sich im Schmerzanfall das Bein schnürte. Die nunmehr bestehende Schwellung ist wohl keiner weiteren Rückbildung mehr fähig, da es sich, wie die histologische Untersuchung zeigte, schon um Bindegewebsneubildung handelt.

6. Pseudopelade Brocq.

7. Syringozystadenom.

Kyrle demonstriert 1. einen 24jährigen Patienten mit frischer, überaus reichlich ausgesäter Psoriasis vulgaris, bei welchem die Entwicklung des Krankheitsbildes gewissermaßen ex ovo verfolgt werden konnte. Pat. wurde mit den Erscheinungen eines typischen Erythema multiforme in die Klinik aufgenommen. Von Psoriasis vulgaris-Effloreszenzen war nichts festzustellen. Kein Fieber. 48 Stunden später boten die Erythemherde schon ein Aussehen, das mehr an Psoriasis vulgaris als an Erythema multiforme erinnerte, insbesondere fanden sich an der Oberfläche jetzt reichlich flächenförmige Schuppen. In den nächsten Tagen traten überall am Stamm und an den Extremitäten kleinste Schüppchen auf, die sich sehr rasch nach der Peripherie verbreiteten, charakteristische Schuppung annahmen und so als typische Psoriasis vulg.-Effloreszenzen imponierten. Es bestand durch fast 14 Tage eine außer-

ordentliche Empfindlichkeit der Haut in dem Sinne, daß allerorts, wo auch nur ganz geringfügige Reize das Integument trafen, sogleich Psoriasis-Effloreszenzen produziert wurden. (Köbnersches Reizphänomen.) Jetzt ist dieser Zustand bereits vorüber, jede Provokation ist jetzt ergebnislos. Interessant ist an dem Falle das vorangegangene Erythema multiforme — man konnte eine andere Diagnose nicht stellen — die rasche Verwandlung der Erythemflecke zu Psoriasis-Effloreszenzen, und der außerordentliche Reizzustand, in dem sich die Haut während der Proruption des Exanthems befunden hat.

2. Einen Patienten, der von Kyrle schon im vergangenen Jahre mit der Diagnose Boecksches Lupoid (großknotige diffus infiltrierende Form) vorgestellt worden ist. Bei dem Kranken hat sich der dazumal sehr intensiv entwickelt gewesene Hautzustand im Verlaufe des Herbstes des vergangenen Jahres völlig rückgebildet. Heute finden sich an den Stellen der früheren Infiltrate vielfach atrophische Hautpartien, stellenweise entsprechend den Läsionen sogar, hat eine Restitutio ad integrum stattgefunden. Anfang April d. J. stellte sich bei dem Pat., der als Kriegsgefangener fortwährend in klinischer Behandlung gestanden war, Fieber ein, das nur ungefähr 2 Tage anhielt (Temp. über 38°). Gleichzeitig entwickelten sich im Bereiche des Gesichtes und an einer großen Zahl von Stellen, die früher von der Boeckschen Dermatose befallen waren, z. Th nur um die Atrophien, stellenweise aber auch in denselben Erytheme, die sehr persistent waren und sich allmählich zu Infiltraten umwandelten Das Gesicht erscheint jetzt fast in toto von solch oberflächlichen Infiltraten besetzt. Das Bild gleicht jetzt völlig dem, wie es sich seinerzeit bei der Aufnahme des Kranken präsentiert hat. Wir haben es hier demnach mit einem Rezidiv des Boeckschen Lupoids nach völliger Ausheilung der ersten Attacke zu tun. Interessantes ergaben die histologischen Untersuchungen. Die erste Exzision, vorgenommen unmittelbar nach Auftreten des Erythems, ergab der Hauptsache nach banal entzündliche Struktur, vornehmlich entwickelt entsprechend dem Verlauf der Gefäße und tuberkuloides Gewebe im Beginne der Entwicklung. Massenhaft säurefeste Bazillen im Gewebe. Eine 11 Tage später vorgenommene Exzision von einer Stelle im Gesicht, die der ersten Exzisionsstelle unmittelbar benachbart war, zeigte hier schon die typische epitheloide Zellstruktur, wie wir sie für das Boecksche Lupoid als charakteristisch kennen. säurefeste Bazillen waren jetzt nur mehr spärlich festzustellen. Eine noch

später vorgenommene histologische Untersuchung ließ die Struktur der Boeckschen Dermatose noch deutlicher entwickelt erkennen, die epitheloiden Zellfoci waren jetzt mächtig angeschwollen, Riesenzellen reichlich entwickelt. Es war in diesem Fall demnach gelungen, das Entstehen des Boeckschen Lupoids vom Anfang an zu verfolgen, die Umbildung der banal entzündlichen Struktur zur tuberkuloiden festzustellen und den Nachweis der Krankheitserreger im Gewebe zum erstenmal einwandsfrei zu erbringen.

3. Eine 59jährige Frau mit einem über Gesicht, Stamm und Extremitäten sehr reichlich ausgestreutem Exanthem, das aus großen, nach der Peripherie auswachsenden braungelben Infiltraten besteht, die speziell an den Randpartien oberflächliche Ulzeration erkennen lassen und im Zentrum zur Abheilung neigen. Das Krankheitsbild ist infolge der intensiven Entwicklung der Erscheinungen imposant. Nach Ausschluß der syphilitischen (Wassermann negativ, intensive Behandlung ergebnislos) und tuberkulosen Natur des Leidens erscheint die Annahme, daß es sich um einen, in das Gebiet der Mykosis fungoides gehörigen Prozeß handelt, wahrscheinlich. Was damit nicht völlig übereinstimmt, ist die anatomische Struktur. Stellenweise findet sich ja das bei Mykosis geläufige histologische Bild, anderseits aber weicht dasselbe davon abschnittweise durchaus ab.

Sitzung vom 6. Juni 1918.

Grosz demonstriert einen Offizier mit Pemphigus vulgaris. Beginn der Erkrankung an der Mundschleimhaut. Blasenschübe am Stamme und an den Extremitäten, unter hohem Fieber auftretend.

Sachs demonstriert:

1. einen 47 Jahre alten Patienten mit einer Schwellung, Rötung und Verdickung der Ober- und Unterlippe, bedingt durch chronisch rezidivierendes Erysipel.

2. einen 17jährigen Patienten mit einem auf die Haut des Stammes lokalisierten Lichen scrophulosorum.

Schwoner demonstriert:

1. einen Fall von Neurofibromatosis Recklinghausen;

2. einen Patienten mit Psoriasis vulgaris und multiplen Atheromen auf dem Stamme.

Popper demonstriert:

1. einen 40jährigen Mann mit Lichen ruber planus an den Armen, am Halse und an der Wangenschleimhaut, sowie am Seitenrand der Zunge.



2. einen 4jährigen Knaben mit Lichen scrophulosorum und gleichzeitigem, derzeit schon in Abheilung begriffenen Herpes zoster femoralis dext.

Oppenheim: Mir macht das Krankheitsbild mehr den Eindruck eines Ekzema seborrhoicum. Dafür spricht das Befallensein des Gesichtes und des behaarten Kopfes, die Abnahme der Intensität der Erkrankung vom Kopfe nach abwärts, die stärkere Akzentuation der Symptome an den behaarten Stellen und die Beschaffenheit der Knötchen am Stamme. Diese sind hellrot, alle fast gleich, hirsekorngroß und sehr dicht gestellt; keine Andeutung einer Gruppierung.

3. ein 21jähriges Mädchen mit Morbus Recklinghausen mit ausgedehnten Veränderungen am Augenhintergrund. Pigment- und Fettdegeneration der Retina, rechts der macula lutea, sowie zahlreichen chorioiditischen Herden, endlich

4. die schon in der Sitzung vom 4. Mai demonstrierte Patientin mit Aktinomykose der linken Gesichtshälfte in weit gebessertem Zustand. Das Infiltrat ist vollständig geschwunden, die Fistelöffnungen haben sich bis auf 3, die allerdings noch immer aktinomyzeshaltigen Eiter entleeren, geschlossen. Die Wange ist dunkelrot verfärbt, als Residium der bisherigen Behandlung, nämlich Röntgenbestrahlungen.

Nobl demonstriert:

1. einen Fall von Pityriasis lichenoides chronica bei einem 30jährigen Rittmeister. Es handelt sich um die von Brocq als Parapsoriasis en goutte bezeichnete Variante der makulösen Aussaat, mit der dichten Ausstreuung lividroter, kaum schuppender Flecke, spärlicher papulöser Blüten und bräunlicher Stellen. Bei der kaum angedeuteten Schilferung und universellen Ausbreitung kann es nicht Wunder nehmen, daß der Prozeß selbst für Syphilis angesehen und einer Spritzkur unterzogen wurde, obwohl nirgends initiale Läsionen festzustellen waren. Wassermann negativ.

2. Die seltene Form einer Akne congoblata im Ge-sicht und am Rücken eines Arbeiters. Mehr durch Druckatrophie als Suppuration ist es zu hochgradig entstellender Unterminierung, zapfen- und walzenförmiger Abhebung der Decke gekommen. Zahlreich sind die Stellen, an welchen sehnig weiß glänzende Narben verschiedenster Gestalt das Lager der Talgdrüsenbestände ersetzen.

3. Den dichten Ausbruch von in Rückbildung begriffenen Haut- und Schleimhaut-Lichen ruber planus.

4. Eine Form der psoriatischen Arthropathie. Ergriffen sind mehrere phalangeale Handgelenke eines seit 2 Jahren an Schuppenflechte leidenden 20jährigen Mädchens.

Die mit nur mäßiger Aussaat einhergehende Erkrankung zog vor anderthalb Jahren den am demonstrierten Röntgenbild deutlich verfolgbaren, auch die Knochenenden befallenden Gelenksprozeß nach sich. Dieser bietet auch sonst alle der im Rahmen psoriatischer Arthritiden auftretenden Eigenheiten dar. Die innige Wechselbeziehung beider Zustände läßt sich mit der neuerdings wieder häufiger ventilierten Infektionstheorie der Psoriasis gut in Einklang bringen.

5. Disseminiert in die Gesichtshaut eingestreute hanf- und erbsengroße ödematös vortretende dunkelrote Knötchen bei einem 25jährigen, mit mächtigen Halslymphomen behafteten Mädchen. Die Effloreszenzen können bei der mangelnden tieferen Infiltration, stärkeren Vaskularisation und festhaftenden borkigen Auflagerung nur als Lupus erythematosus papulosus gedeutet werden.

6. Im Erscheinungskomplex sonstiger Zeichen der Skrofulotuberkulose wie Halslymphome, Conjunctivitis phlyktaenulosa und Skrofuloderma auftretender Schübe des Erythema induratum Bazin bietet ein 16jähriges Mädchen. Am typischen Standort der Unterschenkel wechseln in dichter Einstellung: exulzerierte, profunde und abgeplattete Knoten mit dunkelbraun verfärbten inveterierten Herden und abgeblaßten zugehörigen Narben ab.

Lipschütz demonstriert:

1. einen Fall von Naevus anaemicus, der in handtellergroßer Ausdehnung auf der Streckfläche des linken Oberarmes lokalisiert ist;

2. einen zweiten Fall von Naevus anaemicus von länglicher Form mit der gleichen Lokalisation. An der Innenseite des Oberarmes besteht ferner ein größerer Naevus pigmentosus. Auf das kombinierte Auftreten der demonstrierten Hautveränderung mit Nävi ist bereits mehrfach in der Literatur hingewiesen worden; Naegeli hat das Auftreten eines Naevus anaemicus bei Morbus Recklinghausen beschrieben;

3. einen typischen, auch histologisch verifizierten Fall von Syringozystadenom auf der vorderen Thoraxfläche und auf der Haut des unteren Augenlides;

4. eine Hautveränderung eigener Art auf der vorderen Thoraxfläche unterhalb des linken Schlüsselbeines bei einem 20jährigen Mädchen. Auf pigmentierter und eine Spur verdickter Haut setzt sich die etwa handtellergroße Affektion im wesentlichen aus zarten weißlichen Streifen zusammen, die sich von der pigmentierten Basis deutlich abheben; die Streifchen gehen mit Jucken einher und verlaufen, ent-



sprechend der Richtung der kratzenden Finger, schräg von links oben nach rechts unten. Sie treten nur wenig über das Niveau der Haut hervor und bilden im mittleren Anteil ein zartes undeutliches Netzwerk, während sie sich in der Peripherie in kleinste, weißliche polygonal begrenzte Knötchen auflösen; sie zeigen keine Oberflächenveränderungen und besitzen einen mattweißen Glanz.

Besonders bemerkenswert ist der histologische Befund, der hauptsächlich Veränderungen in den mittleren Anteilen des Korium in Form von Verbreiterung und Quellung der Bindegewebsbündel und Verminderung der elastischen Fasern zeigt, während im Stratum papillare und subpapillare stellenweise eine mäßige Rundzelleninfiltration um die Gefäße zu sehen ist. Epithelveränderungen fehlen ganz oder sind kaum angedeutet.

Auf Grund der gegebenen Beschreibung ist es klar, daß es sich nicht um die gewöhnlichen Bilder etwa eines Lichen simplex chronicus Vidal handelt. Lipschütz glaubt die demonstrierte Affektion am ehesten dem von Kreibich unter der Bezeichnung Neurodermitis alba beschriebenen Fall an die Seite stellen zu müssen, für welche Annahme nicht nur das klinische Bild, sondern auch der histologische Befund sprechen würde;

5. zum Schluß demonstriert Lipschütz Reinkulturen des Bacillus crassus. Im Jahre 1904 hatte Lipschütz dieses Stäbchen in einem Falle festgestellt und es 1912 eingehend beim Ulcus vulvae acutum beschrieben. Vor kurzem ist es Scherber gelungen, den Bacillus crassus unter anaëroben Bedingungen bei Benützung des von Schattenfroh und Graßberger empfohlenen Anaërobioseapparates reinzuzüchten, wobei er an Stelle des explosiblen Wasserstoffgases Stickstoffgas verwendet. Herr Kollege Löwy, der die demonstrierten Kulturen in den letzten Wochen gewonnen und sie mir in liebenswürdiger Weise zu Demonstrationszwecken überlassen hat, geht bei der Züchtung von dem viel einfacheren Buchnerschen Röhrchen für die Anaërobenzüchtung aus; Löwy verwendet den Conradi-Drygalskischen Nährboden, der infolge seines Gehaltes an Kristallviolett besonders geeignet ist, das Auskeimen der im Ausgangsmaterial vorhandenen Staphylokokken zu verhindern. Die weiteren Generationen wurden aërob auf dem gleichen Nährboden oder auf Dextroseserumagar gewonnen.

Die Reinkulturen sind sehr zart und weisen eine Reihe charakteristischer Merkmale auf, die sich auf die morphologischen Eigenschaften der Kolonien und auf ihr Verhalten

zu verschiedenen Zuckerarten beziehen, über die Herr Kollege Löwy später eingehend berichten wird. Im mikroskopischen Bild (Demonstration) findet man kürzere und namentlich sehr lange, fast durch das ganze Gesichtsfeld ziehende Fäden mit rechteckig abgestutzten Enden, die vielfach einander kreuzen oder zu größeren und kleineren Knäueln verschlungen sind. Die Bazillen sind unbeweglich.

Zusammenfassend führt Lipschütz aus, daß die Untersuchungen Löwys einen einfacheren Weg für die Reinzüchtung des Bacillus crassus gezeigt haben.

Scherber verweist bezüglich der Kultur der in den pseudotuberkulösen Geschwüren sive Ulcus acutum vulvae sich findenden Bazillen auf seine Arbeit, wo die in Stickstoffatmosphäre auf Serumzuckeragar erhaltenen anaëroben Plattenkulturen beschrieben und auch schon die aerobe Kultivierungsmöglichkeit und das zartere Wachstum aerober Kulturen mitgeteilt wurden. Das inzwischen fortgesetzte bakteriologische Studium des Virus hat weiter bestätigt, daß die grampositiven fakultativ anaeroben Bazillen in Stickstoffatmosphäre weitaus besser gedeihen wie aerob, daß die aeroben Kulturen zarter erscheinen, auf dem gleichen Nährboden in Stickstoffatmosphäre die Kulturen dichter, intensiver gefärbt sind und die Kulturen mikroskopisch den schon geschilderten gebirgsartigen, reliefartigen Aufbau zeigen. Wie die Züchtung in Stickstoffatmosphäre fördernd auf das Wachstum wirkt, so wird dasselbe auch durch den Nährboden selbst beeinflußt, und sei hervorgehoben, daß das Wachstum der Bazillen sowohl durch Serumzusatz wie durch Zucker auffallend gefördert wird. Je eiweißreicher das Serum desto üppiger im allgemeinen das Wachstum, desto deutlicher auch die Trübung des Nährbodens im Bereich der Kulturen. Es sei ferner vermerkt, daß neben dem auf verschiedenen Nährböden und bei anaerober und aerober Kultur etwas differenten makroskopischem Aussehen der Kultur auch eine gewisse Differenz im mikroskopischen Aufbau zu konstatieren ist, indem in Stickstoffatmosphäre und bei reichlichem Serumzusatz die Kulturen im allgemeinen deutlicher die Zusammensetzung aus Bazillen als solchen erkennen lassen, während bei aerobem Wachstum, geringerem Serumzusatz ein häufiges Auswachsen der Bazillen zu Fäden festzustellen ist.

Das Aussehen der Stichkulturen im Serumzuckeragar wurde schon beschrieben, welches dichter und reichlicher erfolgt wie im Serumagar und von der wolkigen Trübung des Nährbodens begleitet ist. In Bouillon ist bei Serum und Zuckerzusatz das Wachstum auffallend intensiver und mit einer diffusen Trübung beginnend, kommt es zur Bildung eines auffallend dichten graugelblichen Bodensatzes; durch Überschichten des flüssigen Nährbodens mit Paraffin wird das Wachstum ebenfalls gefördert. Milch wird nicht zur Gerinnung gebracht, in Gelatine auch bei Serumzusatz nur kümmerliches Wachstum, der Bazillus braucht also zu seiner Entwicklung höhere Temperatur. Nach der gelungenen Kultur ging Scherber weiter zu den Tierversuchen und kann darüber folgendes berichten: Zuerst wurde versucht ein Affenweibchen von der Scheide aus zu infizieren. Professor Joannovic und Scherber führten die Versuche in der Weise durch, daß in zweimal wiederholten Zyklus durch je fünf Tage, täglich dem Affen ungefähr 10 cm^3 einer frisch gewachsenen Serumzuckerbouillonkultur in die Scheide gespritzt wurden; diese Versuche führten jedoch zu keiner Ansiedlung des Virus in der Scheide. Auf Anraten Hofrat Paltaufs versuchte Scherber junge Meerschweinchen an der Vulva durch intrakutane Einverleihung des Virus zu infizieren; auch diese Versuche schlugen fehl. Ebenso gelang es bis jetzt nicht, durch





intravenöse Infektion bei Kaninchen Veränderungen am Kaninchen selbst hervorzurufen; auch subkutane Injektion des Virus unter die Bauchhaut von Kaninchen führte nur zu rasch sich rückbildenden Infiltraten. Dagegen gelang es durch intrakutane Einbringung einer Aufschwemmung einer frischgewachsenen Kultur in physiologischer Kochsalzlösung, in die zarte Haut des äußeren Genitales bei Kaninchen, bei zwei bis jetzt geimpften Tieren, Geschwüre zu erzeugen, die an der Impfstelle am 2. Tage entstehend, flach, hanfkorngroß, rundlich waren, mit weißgelblichem, nekrotischartigem Belag, in dem die typischen Bazillen sich deutlich vorfanden; an diesem Geschwürensekret gelang wieder die Kultur des Bazillus auf Serumzuckeragar in Stickstoffatmosphäre. Die Ulzera bestanden 2 bis 3 Tage, reinigten sich dann spontan und verheilten rasch. Man kann nach diesem positiven Impfversuche doch von einer gewissen Pathogenität des in den pseudotuberkulösen Geschwüren sich findenden Virus sprechen.

Löwys Methode der Züchtung anaeroben Virus in eigenen Schalen hat Scherber in der eingangs zitierten Arbeit bereits erwähnt, damit Versuche gemacht und auch Kulturen erhalten. Scherber ist die von ihm angegebene Methode handlich geworden und er verwendet dieselbe, weil sie ihm gute Züchtungsresultate gibt, weiter.

Oppenheim demonstriert:

1. einen Soldaten mit der von ihm als Vaselinoderma bezeichneten, durch das Kriegsvaselin hervorgerufene Hautveränderung. Der Fall ist deshalb interessant, weil an ihm ganz besonders schön zu sehen ist, daß nur die mit dem Vaselin — in dem Falle war es 1%ige Präzipitatsalbe — in Berührung gekommenen Hautstellen die charakteristische Veränderung zeigen.

2. Einen Soldaten, dessen Kopfhaut von der Stirnhaargrenze bis zum Nacken, also in toto, von dichtest gedrängten Komedonen besetzt ist. Die Komedonen zeigen verschiedene Größe, sind teils zu zwei und drei gruppiert, und zumeist ohne Entzündungshöfe. Nur spärliche Follikulitiden und Aknepusteln sind zu sehen. Die Genese des Falles ist interessant. Patient hat durch 3 Monate eine neue Nußölpomade verwendet, nachdem seine alte Friedenspomade verbraucht war und im Anschlusse an die Verwendung der neuen Kopfpomade kam es zur Entwicklung der Ölkomedonen offenbar durch das verunreinigte Öl der Pomade.

Scherber. Einen dem vorgestellten ähnlichen Fall von Komedonenbildung im Bereiche des behaarten Kopfes durch ein Haaröl hervorgerufen, habe ich ebenfalls beobachten können. In meinem Falle war der behaarte Kopf, vor allem die obere Fläche des Kopfes von auffallend großen, schwarzen Komedonen übersät. Dabei hatten sich um einen Teil der Komedonen entzündliche Veränderungen entwickelt, indem es um den Komedo zu einer wallartigen, entzündlichen Rötung gekommen war. Das Haaröl wurde sofort als Ursache der Affektion erkannt und seine Anwendung ausgesetzt, doch dauerte es fünf bis sechs Monate, ehe trotz Anwendung häufiger warmer Kopfbäder der Haarboden wieder sein normales Aussehen hatte.



Oppenheim berichtet nun über den Erfolg der von ihm eingeleiteten Aktion zur Erlangung eines brauchbaren Vaselins und Paraffins. Durch den Beschluß der „Wiener dermatologischen Gesellschaft" vom Dezember 1917 und durch die Vermittlung des Kollegen Dr. Fasal gelang es vom Kriegs- und Handelsministerium die nötigen Mengen Schwefelsäure und Vaselin frei zu bekommen, so daß zwei Fabriken in der Lage waren, eine größere Menge für therapeutische Zwecke brauchbaren Vaselins und Paraffins zu erzeugen. Diese dürften in den nächsten Wochen bereits in den Apotheken erhältlich sein, wodurch hoffentlich ein Zustand dauernd beseitigt ist, der nachgerade für Ärzte und Patienten unhaltbar geworden war.

Scherber demonstriert:

1. einen 28jährigen Mann mit Lupus vulgaris, der durch seine ungewöhnliche Ausbreitung und stellenweise hochgradige Entwicklung auffällig ist; der Rumpf, die Arme und Beine sind von konfluierten Lupuseffloreszenzen zum größten Teil überzogen. Nur stellenweise sieht man distinkte Lupusknötchen, fast durchwegs ist es zur Entwicklung zusammenhängender Lupusinfiltrate gekommen, die auf Brust und Bauch von psoriatiformen, auf der Streckfläche der Extremitäten von ungewöhnlich dicken, gelbgrauen krustösen Epithelverdickungen gedeckt sind (Lupus crustosus). Bemerkenswert sind die auffallenden dicken krustösen Lupusherde auf der linken Hohlhand und der Palmarseite der Finger. Patient kam vor ungefähr 15 Monaten mit fast ähnlichen Erscheinungen zur Behandlung und war es gelungen, die Lupusherde stellenweise zur Resorption, im größeren Teile des Erkrankungsherdes zur teilweisen Rückbildung zu bringen. Patient unterbrach trotz Warnung die Behandlung und kam nach mehreren Monaten schwerer Arbeit, hochgradig abgemagert und physisch völlig erschöpft, wieder auf die Abteilung. Der damals erreichte Heileffekt ist durch Wiederaufleben des Prozesses an allen Erkrankungsstellen völlig zunichte gemacht.

2. Einen 56jährigen Mann mit einer Neurofibromatosis Recklinghausen von höchstgradiger Ausprägung.

3. Einen 78jährigen Mann, der vor 25 Jahren durch Biß in die linke Hand Lues akquirierte und nun bei komplett positiver W.-R. ein makulöses Exanthem an den Oberschenkeln und in der Lendengegend aufweist, das nur als Spätroseola aufgefaßt werden kann. Gleichzeitig zeigt der Patient noch Hautsymptome anderer Art. Der Mann bekam vor ungefähr 4 Wochen einen mächtigen Karbunkel



am Nacken, der spontan aufbrach und von dem es zum Verschleppen von Eiter an verschiedene Stellen kam; die Folge war eine Aussaat typischer Furunkel auf Brust, Bauch und den Armen, dagegen kam es in der Gegend des Nackens seitlich bis herunter zur Klavikula, welche Partie links wie rechts von dem abfließenden Eiter immer wieder benetzt wurde, zur Entwicklung mäßig hoher, plateauartiger, entzündlich roter Infiltrate von länglicher Gestalt und verschiedener Breite, die bei genauem Zusehen sich von tief liegenden, kleinen graugelben Pustelchen durchsetzt erweisen. Beim Anstechen eines Pustelchens entleert sich eine geringe Eitermenge, die den Staphylococcus aureus in Reinkultur enthält. Die Entwicklung solcher flacher, ziemlich derber entzündlicher Infiltrate mit pustulöser Durchsetzung ist auffällig und ein seltenes Bild.

Sachs. Die warzigen Exkreszenzen, die kleinen Knoten und Wülste auf dem Halse, welche sich im Anschluß an eine Eiterung nach Operation eines Karbunkels entwickelten, machen diesen Fall bemerkenswert. Es ist auffallend, daß die Staphylokokken in einem Falle nur Abszesse veranlassen, in anderen, wie z. B. in diesem — es handelt sich um eine chronisch verlaufende Entzündung mit Eiterung — warzige Exkreszenzen, außerdem Knoten und Wülste hervorrufen. Jedenfalls ist die Entwicklung der genannten Gebilde auf eine Reizung des Rete Malpighii, sowie des Bindegewebes im Papillarkörper durch Staphylokokken zu beziehen, mit welchen diese Gebilde in ursprünglichen Zusammenhang zu bringen wären.

Für das Redaktionskomitee:

Grosz.

Fachzeitschriften.

Annales des maladies vénériennes. 1918.

Nr. 1.

Gaucher. Die Syphilis und die Herzkrankheiten. p. 1.

Verf. glaubt, daß viele Fälle von Myokarditis und Arteriosklerose syphilitischen Ursprungs sind. Auch für die Endokarditis nimmt er neben der rheumatischen noch eine syphilitische Ätiologie an. Bei den Gehirnembolien spielt nach Verf. häufig eine Arteriitis, die verkannt wurde, mit. So sollen viele Gehirnapopletiker alte Luetiker sein. Die Angina pectoris, auf Atresie der Koronararterien beruhend, soll immer syphilitischen Ursprungs sein und oft



sehr gut auf die antiluetische Kur reagieren. Der Ruptur des Herzens liege oft ein Gumma zu Grunde. Auch die Läsionen des Hisschen Bündels mit der konstanten Pulsverlangsamung, sowie die hypertrophische sklerőse Myokarditis mit interstitieller Nephritis seien meistens luetischer Natur. Sogar die Mitralinsuffizienz glaubt Gaucher in einzelnen Fällen auf Lues zurückführen zu müssen.

Auch die hereditäre Lues soll als Ursache von Herzläsionen in Betracht kommen.

Golay. Der Spätikterus des Neosalvarsans und Galyls. p. 7.

Verf. will beobachtet haben, daß von 114 mit Neosalvarsan oder Galyl behandelten Patienten der Genfer dermatologischen Poliklinik 32 nach einem mehr oder weniger langen Intervall von Ikterus befallen wurden, während von 170 Patienten nicht ein einziger an Ikterus erkrankte. Von diesen 32 waren 20 Männer, die anderen 12 Frauen. Die Mehrzahl der Fälle wiesen ein Alter von 20 bis 30 Jahren auf. 26 von den Ikterischen hatten Neosalvarsan bekommen, in der Regel in wöchentlichen Intervallen, in toto 5—7 Injektionen mit einer Gesamtdosis von 3—4 *g*. Der Ikterus trat gewöhnlich etwa 3 Monate nach Abschluß der Behandlung auf. Während der Behandlung sollen keine Intoleranzerscheinungen beobachtet worden sein. Zur Zeit des Ikterus soll die Wa.-R. negativ oder nur leicht positiv gewesen sein. Nur in 4 Fällen von 32 war die Reaktion deutlich positiv. Keine luetischen Symptome, mit Ausnahme eines Falles.

Golay schließt aus seinen Beobachtungen, daß dieser Spätikterus auf einer toxischen Wirkung des Arsens beruhe. Er könne auch nach einer mäßig starken, gut geleiteten Kur auftreten. Häufig sei er bei relativ jungen Leuten ohne hepatische Antezedentien nachweisbar. Sein Verlauf unterscheide sich wenig von einem gewöhnlichen katarrhalischen Ikterus und die Behandlung soll sich nach den gleichen Prinzipien richten.

Lévy-Bing und *Gerbay.* Riesenschanker am Abdomen. p. 35.

Großer syphilitischer Primäraffekt 3 *cm* oberhalb der Peniswurzel am Abdomen. Das Ulkus mißt 6 *cm* in der Breite und $3^1/_2$ *cm* Höhe. 21 Tage nach Auftreten des Primäraffektes Roseola.

Gougerot und *Clara.* Villőse erythemato-squamöse Plaque. Papulo-squamöse lineäre Papeln. Acne keratosa und Lichen spinulosus. p. 38.



Der Fall stellt eine Mischung verschiedener Läsionen dar, so daß Verf. zu keiner bestimmten Diagnose kommen. An der 2. Phalange des Daumenrückens findet sich eine psoriasiforme Plaque, deren Kruste sich wegreißen läßt. Darunter findet sich eine stark rote, glänzende Kutis, die kleine villöse Erhebungen erkennen läßt, welche von hypertrophischen Papillen herrühren. An der Außenseite des rechten Vorderarms sowie an der Außenseite der 1. Zeigefingerphalange finden sich etwa 60 teils isolierte, teils gruppierte, kleine Papeln in linienförmiger Anordnung. Die Papeln tragen an der Spitze eine festhaftende glänzende Kruste, die wie in eine punktförmige Vertiefung eingelassen ist. Beim Versuch sie wegzukratzen, blutet es leicht. Auf der Beugeseite der genannten Finger sowie am Daumenballen finden sich ähnliche Knötchen. Endlich finden sich am Ellenbogen — Streck- und Beugeseite —, an der Vorder- und Außenseite beider Hüften und in der rechten Kniekehle peripiläre hyperkeratotische Papeln vom Charakter der Acne cornée. Auf Röntgenbehandlung soll eine deutliche Besserung eingetreten sein.

Diagnostisch werden der Lupus erythematodes, die Pagets disease, die papulo-nekrotischen Tuberkulide, Acne cornée und der Lichen spinolosus herangezogen, ohne daß die Verff. eine Entscheidung zu fällen wagen.

Nr. 2.

Gaucher. Behandlung der Syphilis recens. pag. 65.

Nachdem Verf. das 606 und die unlöslichen Quecksilberpräparate für die Behandlung der frischen Lues als ungeeignet erklärt hat, geht er über auf seine Behandlungsmethode. Er betont einleitend, daß im großen Ganzen die interne Anwendung des Hg zu viel in Vergessenheit geraten sei. Er empfiehlt Pillen von 0·01 Sublimat, zweimal täglich mit gekautem Brot hinunterzuschlucken. Eine kräftigere Behandlung stellen aber nach G. die Inunktionen und die Injektionen löslicher Hg-Salze dar. Er empfiehlt pro Kur 30 Einreibungen à 5 *g* und 20—30 Injektionen von Hg benzoicum à 0·02. Hg benz. soll schmerzloser sein als Hg bijodatum, welch' letzteres etwas wirksamer ist und ebenfalls verwendet werden kann. Kalomel und Oleum cinereum sind nach Verf. viel wirksamer, aber gefährlich, namentlich das letztere.

G. ist überzeugter Anhänger der chronisch-intermittierenden Behandlung und zwar nach folgendem für die Patienten allerdings nicht gerade bequemen Behandlungs-

schema: Beim Beginn 30 Injektionen von Hg benz. Dann 1 Monat Sublimatpillen. Dann folgen 2 Monate Pause. Nachher jeden Monat 15 Tage Behandlung während 2 Jahren. Das 3. und 4. Jahr noch 10 Tage Behandlung pro Monat.

Als unterstützende Medikamente empfiehlt Verf. das Jodkali und das Arsen, die zwischendurch gegeben werden können.

Lacapère. Allgemeine Charaktere und Verlauf des syphilitischen Schankers beim Araber. p. 80.

Nachdem Verf. die Bedeutung der Frühdiagnose des Primäraffektes gewürdigt hat, beschreibt er zunächst die Eigenschaften des Primäraffektes der weißen Rasse, um nachher auf die Besonderheiten des Schankers beim Araber einzugehen. Dem Verf. ist zunächt die etwas unregelmäßige Form des Geschwürs aufgefallen, dann die häufige sekundäre Infektion und das Bedecktsein mit dicken Krusten. Auch das Geschwür soll vielfach tiefer sein. Die Ulzera seien vielfach multipel und der Geschwürsgrund zeige nicht die rote Muskelfarbe wie bei unserer Bevölkerung, sondern sei graulich oder gelb. Die Polyskeradenie neige zufolge der Sekundärinfektion zur Vereiterung.

Die perigenitalen Primäraffekte seien häufiger als bei uns, was mit dem Ritus des Rasierens der Genitalien zusammenhänge; häufig sollen bei den Arabern auch die „Chancres mixtes“ vorkommen. Auch die tertiären schankriformen Ulzera wurden oft konstatiert.

Blum und *Bralez.* Wie man die Syphilis mit 606 sterilisiert. p. 97.

3 Fälle von Lues, bei denen nach einer initialen Behandlung mit 606 (Luargol und Salvarsan) Rezidive zu konstatieren waren.

Gougerot. Nachruf auf Professor Gaucher. p. 130.

Lévy-Bing, Gerbay und *Haag.* Serumreaktion von Bordet-Wassermann bei Lues I. p. 140.

An Hand von 120 Fällen von Primäraffekten, die teils unbehandelt, teils behandelt waren, kommen Verff. zu folgenden Schlüssen betreffend das Auftreten der Wa.-R. im Blute. Das Auftreten der positiven Reaktion ist nicht an den Beginn des Schankers gebunden, sie kann am 2. oder ebenso erst am 20. Tage nach Auftreten des Primäraffektes zu konstatieren sein. Viel wichtiger soll das Datum der Infektion sein. Die positive Reaktion soll zwischen dem 37. und 45. Tag nach der Infektion auftreten. Vor dem 37. Tag soll die Reaktion immer negativ sein, nach dem 37. Tag wird sie positiv innerhalb von 8 Tagen. Wird die Behand-

lung vor dem 38. Tag eingeleitet, so gelingt es, die Reaktion negativ zu halten. setzt die Behandlung erst später ein, so soll die Reaktion in den meisten Fällen nicht mehr zu beeinflussen sein.

Diese Tatsachen sind nach den Verf. von großer praktischer Wichtigkeit, einmal in diagnostischer Hinsicht, dann in der gerichtlichen Medizin zur Feststellung des infizierenden Koitus. Die schankriformen Syphilide und Reinfektionen sind leichter festzustellen und schließlich könne auf diese Weise der Zeitpunkt genau festgestellt werden, in welchem es noch gelingt, die Wa.-R. zu beeinflussen.

Jambon und *Tzanck*. Über die Behandlung der Ulcera mollia. p. 166.

Ausführliche Besprechung der Diagnose, des klinischen Bildes und der Behandlung der Ulcera mollia, sowie der Bubonen. Nach den Verff. hat das Ulcus molle seit Kriegsausbruch in Frankreich zugenommen. Bei der Behandlung werden die verschiedensten Methoden besprochen, die je nach dem klinischen Fall in Anwendung zu kommen haben. Neben der chirurgischen Ablation und der Kauterisation wird namentlich auch die Heißluft- und Heißwasserbehandlung erwähnt. Auch die zahlreichen chemischen Methoden sind kurz besprochen. Was den Bubo betrifft, so halten die Autoren bei genügender Erweichung die Durchstechung mittels Faden und Liegenlassen des letzteren bis zum Versiegen der Eiterung für das beste Verfahren. Über den Faden soll eine Kompresse zu liegen kommen.

Prophylaktisch werden Einfettungen vor dem Verkehr und nachheriges gründliches Waschen mit heißem Wasser empfohlen.

Gaucher und *Bizard*. Beginn einer Lues mit 3 Primäraffekten. p. 187.

Ein 27jähriger Mann bekam 32 Tage nach dem Verkehr einen Primäraffekt der linken Tonsille, 2 Tage später einen 2. Schanker an der 2. Phalange des linken Mittelfingers und am 3. Tag am Rücken des Penisschaftes einen dritten Primäraffekt. Die verschiedenen Manipulationen des Pat. mit seiner Geliebten lassen die 3 verschiedenen Lokalisationen zwanglos erklären.

Nr. 4.

Lévy-Franckel. Myositis sclerosa luetica III der langen Muskeln. p. 193.

Verf. berichtet über 3 Fälle von syphilitischer skleröser Myositis. Der eine wurde 20 Jahre, der zweite 18

Jahre und der dritte 3 Jahre post infectionem beobachtet. Nur der 3. Fall reagierte auf die spezifische Behandlung, während die beiden andern nicht mehr zurückgingen. Bei dem einen Fall wurde der erkrankte Muskel exzidiert und die histologische Untersuchung ergab muskuläre Zirrhose, die einen perivaskulären Ursprung hatte. Es zeigten sich Zeichen von Periarteriitis, wie sie bei Syphilis zu konstatieren ist. Die Affektion bevorzugt die langen Muskeln des Oberschenkels und war hauptsächlich bei Reitern zu beobachten. Klinisch zeichnet sich die Affektion durch sehr harte Knoten ohne zentrale Erweichung und ohne scharfe Begrenzung aus, die mit dem Muskel verschieblich sind, ohne mit der Haut oder anderen Geweben verwachsen zu sein. Auf Druck sind sie schmerzlos, spontan machen sie bald Beschwerden, bald verlaufen sie ganz schmerzlos.

Dreyfuß, I. Die maskierte Syphilis (Syphilis „embusquée"). p. 197.

Verf. praktiziert in einer kleinen Provinzstadt Frankreichs und weist darauf hin, wie häufig die Syphilis daselbst verkannt werde Er bringt dafür einige typische Belege. So soll ein polyartikulärer Gelenkrheumatismus mit doppelseitiger Pleuritis exsudativa und Endokarditis lange Zeit ohne Erfolg für Rheumatismus behandelt worden sein, bis eine spezifische Therapie rasch zur Heilung führte. Verf. zitiert des weiteren eine syphilitische Familie, von der der Vater an großen Ulcera cruris, die Mutter an chronischem Gelenkrheumatismus, eine Tochter an Analfissuren, ein Sohn an Skrotalzunge und Makroglossie gelitten haben und deren Syphilis unerkannt blieb. Endlich werden ein Fall von Ozaena mit Gastritis, eine hypertrophische Zirrhose und 2 Fälle von Epilepsie bei zwei Brüdern besprochen, deren Ätiologie eine luetische war und die auf die spezifische Therapie mit Verschwinden der Symptome reagierten.

Carle. Einige prophylaktische und medizinische Erwägungen. p. 216.

In Übereinstimmung mit dem Bericht von Gaucher fordert Verf. energische polizeiliche Maßnahmen zur Unterdrückung der Anlockung zur Unzucht. Nur so sei eine Abnahme der Geschlechtskrankheiten zu erzielen. Das Gesetz müsse in diesem Sinne revidiert werden. Andererseits verlangt Carle eine bessere Verteilung der Ärzte nach ihren spezialistischen Kenntnissen in der Armee. An Hand einer Anzahl von Fehldiagnosen weist er die Wichtigkeit von Spezialärzten besonders in diagnostischer Hinsicht nach. Die Krankenberichte sollen nicht kritiklos



unterschrieben, sondern wenn nötig. soll die Diagnose revidiert werden. Die militärischen Entscheidungen in sanitärer Hinsicht sollen mit großer Gewissenhaftigkeit gefällt werden.

Clément Simon. Fall von verkannter schwerer Syphilis des Pharynx. p. 226.

Fall von Syphilis mit starken Zerstörungen am weichen Gaumen und der hinteren Pharynxwand, der längere Zeit verkannt wurde und zu großer Entkräftung des Patienten führte. Verf. verlangt eine vermehrte Herbeiziehung der Spezialärzte behufs Konsultation.

Nr. 5.

Gougerot, H. Ein Betriebsjahr eines dermatologischen-venerologischen Zentrums. p. 257.

Anschließend an den früheren Bericht des Verf. über die Organisation dieser militärischen Anstalt bespricht er in diesem Artikel den Betrieb und die Resultate eines Arbeitsjahres. Die Bestrebungen gingen dahin, Militärs und militärisch Beschäftigte in Anstalten zu hospitalisieren, die mit dem nötigen diagnostischen und therapeutischen Rüstzeug versehen waren. Daneben strebte Verf. weitgehende ambulante Behandlung von Militärpersonen und militärischen Arbeitern bei Fortsetzung ihres Dienstes an. Die neuen Eingeborenen-Kontingente wurden sofort einer ärztlichen Untersuchung unterworfen, die älteren hatten eine monatliche Visite zu bestehen, bei der ein besonderes Augenmerk auf vorhandene venerische, dermatologische, parasitäre und lepröse Affektionen geworfen wurde. Fortwährende Aufklärung der Ärzte besonders in Hinsicht auf die Epidermitiden und um die weitere Behandlung der Geschlechtskranken in den Kasernen usw. zu garantieren. Fortbildung der Ärzte vermittels Krankendemonstrationen, Diskussionen, Vorweisung neuer Behandlungsmethoden.

Sehr energisch wurden die prophylaktischen Maßnahmen gefördert durch Vorträge mit Projektionen, Verteilung von Merkblättern usw. und zwar sowohl in der Armee als in den Fabriken. Den Infektionsquellen wurde nachgespürt, die Prostitution überwacht und behandelt, die klandestine Prostitution bekämpft. In Adnexfürsorgestellen wurden auch die Zivilpersonen einer Untersuchung und eventuellen Behandlung unterzogen, was allerdings nicht immer ohne Widerstand von Seite der zivilen Behörden möglich war.

Verf. verlangt allerdings noch viel mehr gesetzliche Maßnahmen, um gegen die Indifferenz und die Resistenz der lokalen Behörden wirksam auftreten zu können.



Vidal. „Spezifische“ und vollständige Heilung der Gonorrhoe durch hohe Dosen von Oleum Santali. p. 307.

Verf. hält die üblichen Kapseln von 0·5 Gewicht mit 0·25—0·3 Inhalt für ungenügend zur Behandlung der Gonorrhoe und empfiehlt Kapseln zu 1·0 Gewicht und zwar 6—7 pro die zu nehmen. Es sollen morgens 8 Uhr 2 Kapseln, um 1 Uhr 1 Kapsel, um 3 Uhr 2 Kapseln und um 9 Uhr 2 Kapseln während 14 Tagen genommen werden, nachher 5 Tage 4 Kapseln pro die, dann 3 und schließlich 2. Die ganze Behandlung soll im akuten Stadium 40 Tage dauern. Voraussetzung des Erfolges sei ein tadelloses Präparat. Ausfluß und Schmerzen sollen schon nach 24 Stunden verschwinden. Bei chronischen Fällen kombiniert Verf. die Santalbehandlung mit Massage und Béniqué-Sonden. Er verordnet während 14 Tagen 6 Kapseln, dann Pausen von 8—14 Tagen. Die Heilung erfordere 3—4 Monate. Auch bei der weiblichen Gonorrhoe will Verf. gute Erfolge erzielt haben. Auch prophylaktisch sollen 1 Kapsel lokal und 2 innerlich gut wirken. Eine Angewöhnung der Gonokokken an das Medikament sei nicht zu befürchten.

Meynet. Fazialisparalyse nach Galylinjektionen. p. 312.

Ein 24jähriger Mann wurde erst 2 Monate nach der luetischen Infektion mit 8 intravenösen Injektionen von je 0·2 Galyl und 4 Injektionen von grauem Öl behandelt. 1 Monat später linksseitige Fazialisparalyse. Verf. hält die Lähmung für syphilitischen Ursprungs und betont, daß die übliche Galylbehandlung die Paralyse nicht zu verhindern vermocht habe. Max Winkler (Luzern).

Geschlechtskrankheiten.

Syphilis. — Therapie.

Hall, G. W., *Culbertson,* H., *Slaght,* C. Reaktionen nach intraspinalen Injektionen von Quecksilber. The Journal of the American Medical Association. 1916. Juni 24. p. 2062.

Hall und seine Mitarbeiter, die ein merkurialisiertes Serum intraspinal bei 15 Fällen anwendeten, beobachteten



folgende Nebenerscheinungen: Starke Schmerzen im Rücken bei allen Fällen, bei zwei Fällen über 24 Stunden nur bestehende Retentio urinae, bei vier Fällen Schlaflosigkeit und Unruhe, Kopfschmerzen bei 10 Fällen, bei allen Fällen vorübergehende Temperaturerhöhungen, Übelkeit und Erbrechen bei drei Fällen, Urtikaria bei zwei Fällen.

Fritz Juliusberg (Posen).

Shaw, Thad. Die intravenöse Verabreichung des Quecksilbers bei Syphilis. Medical Record. 1916. Mai 6. p. 823.

Shaw kommt auf Grund seiner Erfahrungen zu folgenden Schlüssen: 1. Die intravenöse Anwendung des Sublimats ist schnell, gefahrlos und sicher; die Dosierung ist mathematisch genau und die Verabreichung schmerzlos. 2. Die unmittelbare Einführung des heilenden Agens in das zirkulierende Blut gestattet keine andere Quecksilberapplikationsmethode. 3. Phlebitis und Periphlebitis kommen im Verhältnis zu der Konzentration der gebrauchten Lösung vor; diese Gefahr kann noch weiter vermindert werden, wenn es die Empfindlichkeit des Patienten erfordert. 4. Die Wirkungen sind grade so schnell, in manchen Fällen sicherer und permanenter, als die nach Neosalvarsan und Salvarsan und das Mittel wirkt auch bei den Fällen, wo diese keine Resultate ergeben haben. 5. Sublimat intravenös ist das Heilmittel des armen Mannes etc.

Fritz Juliusberg (Posen).

Levy, Julius. Über die Behandlung mit Quecksilbergleitpuder. Dtsch. med. Woch. Nr. 37. 1916.

Der von Levy gebrauchte Unnasche Quecksilbergleitpuder ermöglicht durch große Mengen gebundenen Sauerstoffs und viel Luft, deren Sauerstoff zu aktivieren ist, eine besonders gute Extinktion des Quecksilbers. Mit dieser Methode wird viel Zeit und Kraft gespart. Der Quecksilbergleitpuder wurde mit gutem Erfolge bei primären und sekundären syphilitischen Geschwüren und Papeln, sowie bei nässenden Ekzemen, Balanitis und Unterschenkelgeschwüren angewandt.

Max Joseph (Berlin).

Becker, Johannes. Kalomelexanthem. Dtsch. med. Woch. Nr. 29. 1916.

Nach Kalomeltabletten, welche gegen Obstipation verabreicht waren, beobachtete Becker eine scharlachähnliche Rötung des ganzen Körpers, die an einigen Stellen zur Bläschenbildung führte und heftiges Jucken verursachte. Derselbe Patient hatte früher nach Einreibung grauer Salbe gegen Filzläuse ein schweres Ekzem bekommen. Da



sich das Präparat bei sorgfältiger Untersuchung als gut und unzersetzt erwies, nimmt Verf. an, daß das Mittel unter Einwirkung des Darmsaftes im Körper zur Lösung gelangte, wobei eine sichtliche Idiosynkrasie des Patienten gegen Quecksilber das Exanthem entstehen ließ.

Max Joseph (Berlin).

Deppe, L., Tanga. Intravenöse Sublimat-Injektionen bei tropischer Malaria mit latenter Sepsis. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. 1914. Heft 2, p. 51.

Bei einer fiebernden, auf Malaria verdächtigen Frau keinen Erfolg mit der üblichen Chinin-Therapie. Verdacht auf latente Sepsis. Anwendung der Baccellischen Sublimatlösung. Als Nebenerscheinung profuse „Sublimatstühle" (73 in 7 Tagen). Heilung. Die Injektionen (5) wurden in drei Tagen verabreicht. Smilovici (Breslau)

Herrenschneider-Gumprich. Erfahrungen mit Embarin bei syphilitischen und parasyphilitischen Erkrankungen des Nervensystems. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. LIV. Bd. 5. Heft.

Embarin, eine $6^2/_3$%ige Lösung von merkurisalizylsulfonsaurem Natrium mit Zusatz von $^1/_2$% Acoin und mit 3% Hydrarg. wird als vollkommen schmerzlos wirkendes und bequem zu handhabendes Präparat bei syphilitischen Erkrankungen und parasyphilitischen Affektionen des Zentralnervensystems empfohlen. Ohne die Behandlungserfolge Sowades, Balbans, Paps u. a. in vollem Maße bestätigen zu können, hält es Frau Herrenschneider namentlich in Fällen für angezeigt, wo die Indikation besteht, eine Schmierkur zu vermeiden; nach ihren Erfahrungen wirkt das Embarin meist nicht so kräftig wie eine energische Schmierkur. Negativwerden der positiven W.-R. konnte sie in keinem Fall beobachten.

Fritz Callomon (Bromberg).

Socin, Ch. Über Salvarsan-Myelitis. Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte. 1916. Nr. 47. p. 1569.

Eine 38jährige Frau bekommt wegen eines sekundär luetischen Exanthems 0·5 Salvarsan intravenös, das beschwerdelos vertragen wurde. 5 Tage später 2. Injektion von derselben Dosis. Nach 2 Tagen Temperaturanstieg, fleckiges Exanthem am Rumpf, urtikariaähnliche Effloreszenzen auf den Handrücken. Dann klonische Zuckungen im Gesicht und den Extremitäten, profuses Erbrechen, Apathie. Allmählich starke Bewußtseinstrübung. Retentio urinae. Temperatur steigt bis 39. Nach und nach Bewußtsein klarer. Hingegen zeigte sich eine Parese der Beine mit Störungen der Schmerz- und Temperaturempfindung, Auf-



hebung der Patellarreflexe, Incontinentia alvi, Retentio urinae. Sensorium wurde völlig frei. Später trat dann ein großer Dekubitus auf, die Reflexe kehrten eine Zeitlang wieder. Nach 14 Monaten erlag Patientin einer Bronchopneumonie.

Pathologisch anatomisch konnten Veränderungen im Rückenmark konstatiert werden, die wie der klinische Befund für eine Myelitis sprachen. Die Veränderungen saßen im Spinalmark; es handelte sich um einen ausgedehnten Markfaserzerfall. Gehirn- und Rückenmarkshäute waren frei von Veränderungen.

Verf., der Gelegenheit hatte, den Fall im pathologischen Institut in Basel zu beobachten resp. zu untersuchen, kommt zum Schlusse, daß es sich dabei um eine echte Salvarsan-Vergiftung, also um eine toxische Myelitis handelte. Max Winkler (Luzern).

Kraus, Alfred. Beitrag zur Luestherapie im Felde. Wiener med. Wochenschr. 1916. Nr. 11.

Der Autor tritt für die kombinierte Salvarsan-Quecksilbertherapie der Lues im Felde ein, welche auch dort sich als durchführbar und wirksam erweist.

Viktor Bandler (Prag).

v. Zeissl, M. Die Behandlung der Syphilis mit Salvarsan. Wie sollen wir die Bevölkerung des Hinterlandes nach Friedensschluß gegen die venerischen Krankheiten schützen. Wiener med. Wochenschr. 1916. Nr. 21.

Zeissl bespricht in ausführlicher Weise an der Hand seiner Erfahrungen an 4000 Luetikern die Salvarsanbehandlung, für welche er warm eintritt und insbesonders für die Abortivbehandlung mit Salvarsan. Für die heimkehrenden Krieger will Zeissl eine strenge klinische Untersuchung und bei jedem einzelnen die Wassermannsche Blutuntersuchung vorgenommen wissen. Weiters plädiert der Autor für die Anzeigepflicht der venerischen Erkrankungen, für die Zwangsbehandlung und die sexuelle Aufklärung. Viktor Bandler (Prag).

Porges, A. Über Beeinflussung des Harnes durch Neosalvarsan bei Tabes. Wiener med. Wochenschr. 1916. Nr. 28.

Ein Tabiker, der seit 7 Jahren einen trüben, undurchsichtigen Urin bakteriellen Ursprungs hatte, bekam eine intravenöse Neosalvarsaninjektion, worauf am nächsten Tage der Urin klar und durchsichtig wurde und so blieb.

Viktor Bandler (Prag).



Zeissl, Wien. Ein gelungener Fall von Sterilisatio magna und zweimalige Injektion mit rascher Heilung. Berl. klin. Woch. 1916. Nr. 14. p. 366.

Heilung der Lues (P. A. mit positivem Wassermann) nach Alt-Salvarsan 0·5 i. m. Reinfektio nach 5 Jahren (P. A., papulöses Σ, Wassermann +).

Hans Burkhard (Breslau).

Gardner, J. A. Diarsenol versus Salvarsan. The Journal of the American Medical Association. 1916. April 22. p. 1303.

Da Salvarsan und Neosalvarsan nicht mehr zu bekommen ist, hat Gardner ein Ersatzpräparat, Diarsenol, hergestellt in einer Fabrik in Kanada, angewendet. Seine Erfahrungen mit diesem Mittel sind keine schlechten. Doch bemerkt er, daß einige Lösungen sehr schnell oxydierten.

Fritz Juliusberg (Posen).

Schoenberg, M. J. Intrakranielle Behandlung der syphilitischen und parasyphilitischen Nervus opticus-Affektionen. The Journal of the American Medical Association. 1916. Juni 24. p. 2054.

Schoenberg weist in seiner bedeutungsvollen Arbeit nach, daß intravenöse und intraspinale Injektionen von Farbstoffen nicht zu einer Färbung, des Nervus opticus führen. Bei intravenösen Injektionen wird der Farbstoff durch die Plexus choroidei zurückgehalten und kann nicht zu der Flüssigkeit der Ventrikel treten. Auch bei der intraspinalen Injektion gelingt nicht die Färbung der Nervi optici, außer wenn große Mengen Flüssigkeit und ein hoher Druck angewendet werden. Dagegen geben intrakranielle intraventrikulare Injektionen ausnahmslos gute Resultate. Es ist im Referat nicht möglich, auf die zahlreichen instruktiven Experimente des Verfassers einzugehen. Er regt eine Behandlung der Syphilis des Nervus opticus auf diesem Wege an. Fritz Juliusberg (Posen).

Wolbarst, A. L. Die epifasziale Injektionsmethode von Quecksilber und Salvarsanderivaten. Medical Record. 1916. Juni 3. p. 999.

Wolbarst berichtet über seine Beobachtungen mit der faszialen Injektion von Quecksilberpräparaten und Neosalvarsan. Er betont die gute Begründung dieser Darreichung vom Standpunkte der Wirkung und Resorption aus; doch sind die Injektionen häufig schmerzhaft.

Fritz Juliusberg (Posen).

Engwer. Salvarsanausscheidung im Urin als Wertmesser konzentrierter Injektionen und großer Infusionen. Dtsch. med. Woch. Nr. 39. 1916.



Aus den Untersuchungen von Engwer geht hervor, daß das durch große Infusionen dem Körper zugeführte Salvarsan sich in bezug auf Ablagerung und Ausscheidung in gleicher Weise verhält als das mit kleinen Mengen Wasser injizierte Salvarsan. Aus der Untersuchung des Urins allein kann man also keine definitiven Schlüsse ziehen auf das Schicksal des Salvarsans und seiner Abspaltungsprodukte im Körper oder auf die allgemeine Art der Ausscheidung. Max Joseph (Berlin).

Scholtz. Die Behandlung der Syphilis mit Serieninjektionen von Salvarsan und Quecksilber. Dtsch med. Woch. Nr. 34 1916.

Scholtz ging in der Lazarettbehandlung der Syphilis wieder zu der gemischten Salvarsan-Quecksilberbehandlung über, gestaltete die Kur dort aber milder als in der Klinik, da Kriegsteilnehmer häufig eine erhöhte Empfindlichkeit gegen Salvarsan zeigten. Aus diesem Grunde rät er auch bei den geringsten Störungen, die vom Patienten sorgfältig erfragt werden müssen, die Salvarsandarreichung auszusetzen. Die Kur wurde folgendermaßen gehandhabt: 1 Woche Quecksilber, an einem Tage 0·2, am nächsten Tage 0·3 Altsalvarsan, 3 Wochen Quecksilber, 2 Tage Pause bei leichtem Schwitzen, 2 Tage Salvarsan, 2 Tage Pause mit leichtem Schwitzen, zum Schluß noch eine 8tägige Quecksilberkur. Diese Behandlung wurde gut vertragen, zeitigte befriedigende Erfolge und ließ keine Rezidive beobachten. Kleine Abänderungen wurden bei besonderen Fällen mit den gleichen Resultaten vorgenommen. Max Joseph (Berlin).

Kißmeyer. Zur Technik der intramuskulären Salvarsaninjektion. Ugeskrift for Läger. 1916. Nr. 36. p. 1544—1546.

Verf. verwendet das Schindlersche Verfahren.
Harald Boas (Kopenhagen).

v. Zumbusch. Todesfälle nach Salvarsaninjektionen. Münch. med. Woch. 1916. Nr. 21.

Beschreibung eines Falles (19jähr. Mädchen), das 0·45 und 0·6 Natriumsalvarsan gut vertragen hatte und nach einer weiteren Gabe von 0·6 ad exitum kam.

Im Anschluß daran unterzieht Verf. die Todesfälle nach Salvarsan einer kritischen Würdigung und kommt zu dem Schlusse, daß in einer Reihe von Fällen wegen schwerer anderweitiger Komplikationen Kontraindikation gegen Salvarsananwendung bestand. In der größeren Reihe von Fällen handelt es sich um echten Salvarsantod (nicht Arsenvergiftung!). Die Ursache desselben ist noch unaufgeklärt.



Trotzdem dürfen wir auf das Salvarsan als Antisyphilitikum nicht verzichten.

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Treupel, W. Wirkt die gleichzeitige Anwendung von Salvarsan und Quecksilber summierend? Dtsch. med. Woch. Nr. 29. 1916.

Auf Grund reicher Erfahrungen kommt Treupel zu dem Schlusse, daß eine summierende Wirkung bei gleichzeitiger Salvarsan-Hg-Behandlung nicht ausgeübt wird. Hieraus ergab sich eine Veränderung der Kuranordnung. Ratsam erschien es mit kleinen Dosen Salvarsan zu beginnen und allmählich bei Frauen bis zur 4., bei Männern bis zur 5. Dosis zu steigen. Durchschnittsgaben von Dosis 3 sind als unzureichend zu verwerfen. Um schwere Nebenwirkungen zu vermeiden, müssen neben der vorsichtigen Dosierung alle Kontraindikationen sorgfältig von der Salvarsanbehandlung ausgeschaltet werden.

Max Joseph (Berlin).

Van den Branden et *Dubois,* A. Vorläufige Mitteilung über die Verwendung des Neosalvarsans bei verschiedenen Tropenkrankheiten. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. 1914. H. 11. p. 375.

Nichts Neues. Smilovici (Breslau).

Lurz. Heilungsversuche mit Salvarsan. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. 1914. H. 10. p. 329.

Salvarsan ist kein Spezifikum, jedoch bei wiederholten Einspritzungen ein brauchbares Mittel gegen Schlafkrankheit. Sonst nichts Neues. Smilovici (Breslau).

Enge. Die Salvarsanbehandlung der progressiven Paralyse. Übersicht über die Arbeiten der Jahre 1910—1914. Therap. Monatsh. 1916. Heft 6, p. 265.

Das Ergebnis des Sammelreferates ist sehr wenig erfreulich. Danach wäre eigentlich nicht mehr zu sagen, als daß beginnende Fälle von Paralyse im großen und ganzen mit Salvarsan behandelt werden dürfen. Die intralumbale Applikation scheint vor den übrigen keinen derartigen Vorzug zu haben, daß sie es verdiente, als Methode der Wahl bezeichnet zu werden.

Siegmund Bochyński (Würzburg).

Vorwerk. Versuche mit Salvarsan bei Schlafkrankheit. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. 1914. H. 10. p. 329.

Auf Grund von 9 behandelten Fällen kommt Verfasser zum Schlußsatz: Hinsichtlich der Dauerresultate leistet das Salvarsan weniger als das Atoxyl, nach dessen An-

wendung bei den hiesigen Kranken lange rezidivfreie Intervalle nicht selten zu beobachten sind.

Smilovici (Breslau).

Seyffert. Erfahrungen mit Salvarsan bei Tropenkrankheiten. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. 1914. H. 6. p. 185.

Mitteilung von 160 Fällen von Framboesie, Rekurrens, Syphilis, Malaria etc. Alle mit Salvarsan behandelt. Glänzende Erfolge. Keine bedeutenden Nebenerscheinungen. Kasuistik.

Smilovici (Breslau).

Werner, H. Hamburg. Kombinierte Behandlung von Malaria. (Chinin-Salvarsan-Methylenblau.) Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. 1914. H. 20. p. 679.

Durch Kombination von Chinin und Salvarsan gelingt es, die sterilisierende Dosis für einmalige intravenöse Injektion zu vermindern. Mitteilung ermutigender Tierversuche, die für die Einführung der gemischten Kur sprechen.

Smilovici (Breslau).

Malaria tertiana-Rückfälle unmittelbar nach Salvarsan-Behandlung. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. 1915. H. 4. p. 108.

Auf Grund mehrerer, während oder kurz nach der Salvarsankur aufgetretener Rezidive spricht Verfasser dem Präparat den Wert als Antimalarikum ab.

In Fällen, wo Chinin versagt, braucht das Salvarsan noch lange nicht Heilung zu bringen. Deshalb wäre man für einen wirksamen Chininersatz dankbar. Für die übrigen kann man Salvarsan entbehren.

Smilovici (Breslau).

Bergen, L. G. Über das Ergebnis der Behandlung der Framboesia tropica (Jars) mit Salvarsan und Neosalvarsan im Lazarett in Paramaribo (mit neun Kurven und 4 Abbildungen). Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. 1915. H. 18. p. 481.

Über 2000 Fälle von Framboesia sind teils mit Alt-, teils mit Neosalvarsan behandelt worden. Sehr gute Resultate. Keine nennenswerten Nebenerscheinungen.

Smilovici (Breslau).

Van den Branden, F. Zweite vorläufige Mitteilung über die Behandlung der menschlichen Tripanosomiasis mit Salvarsankupfer. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. 1914. H. 22. p. 743.

Die mit ganz geringen Kupfersalvarsan-Dosen, zuletzt mit Kupfersalvarsan-Natrium erzielten Erfolge berechtigen Verfasser, das Mittel als ein vorzügliches Anti-Trypanosomikum zu empfehlen. Kasuistische Tafeln.

Smilovici (Breslau).

Naegeli, O. Die moderne Salvarsan-Syphilistherapie der Autoren. Therap. Monatsh. 1916. Heft 8, p. 361 und Heft 9, p. 409.

Übersichtliches Sammelreferat, das jedem gute Dienste leisten wird, der sich über die Ansichten verschiedener Autoren — auch in bestimmten Fällen, z. B. bei Lues gravidarum — orientieren will. Etwas Neues enthält die Arbeit nicht. Bochyński (Würzburg).

Stern, Carl. Über die Ausscheidung des Salvarsans nach intravenöser Injektion konzentrierter Lösungen. Deutsche med. Woch. p. 14. 1916.

Sterns Untersuchungen ergaben, daß nach Anwendung konzentrierter Lösungen bei Injektionen die Ausscheidung des Salvarsans sich erheblich langsamer vollzog als nach Infusionen von verdünnten Lösungen. Da nach der Meinung erfahrener Ärzte die Dauer des Aufenthaltes von Salvarsan in Blut und Gewebssäften bedeutungsvoll für den Heilerfolg ist, hält Verf. die konzentrierten Lösungen für heilkräftiger als die verdünnten. Ein weiterer Vorzug der Injektion ist, daß sie leicht ohne Assistenz in der Sprechstunde wie in der Klinik auszuführen ist, kein kompliziertes Instrumentarium erfordert und sich für Neosalvarsan und Salvarsannatrium in gleicher Weise eignet. Max Joseph (Berlin).

Schmitt, Arthur. Erfahrungen mit Salvarsannatrium in konzentrierter Lösung. Münch. med. Woch. 1916. Nr. 8.

Verf. löste 0·3 und 0·45 Salvarsannatrium in 10 *ccm* Wasser und spritzte es intravenös ein. Er hat nie üble Zufälle beobachtet. Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Freund, Emanuel. Über vier Abortivkuren der Syphilis mit Salvarsan und Neosalvarsan. Münch. med. Woch. 1916. Nr. 2.

Sämtliche Fälle mit negativer Wassermann-Reaktion heilten in abortivem Sinne aus, auch diejenigen, bei denen die Intensität der Behandlung eine verhältnismäßig geringe war. Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Lewitt, M. Die Ausscheidung des Salvarsans nach intravenöser Injektion. Deutsche med. Woch. Nr. 17. 1916.

Lewitt verwandte die von Stern angegebene Methode der intravenösen Injektion konzentrierter Lösungen und fand bereits nach 48 Stunden kein Salvarsan mehr im Urin, nach 24 Stunden nur in einigen Fällen, geringere Zeit nach der Injektion dagegen fast stets Rotfärbung der Resorzinprobe. Mit der kombinierten Hg-Salvarsankur er-



zielte Verf. ein schnelleres Negativwerden der W.-R. als mit alleiniger Quecksilberbehandlung.

Max Joseph (Berlin).

Neisser, A. Über die Verwechslung von Quecksilber- und Salvarsanexanthemen. München. med. Woch. 1916. Nr. 4.

Es gibt zweifellos rein durch Salvarsan erzeugte Exantheme, doch ist es bisweilen ganz unmöglich, sie von Quecksilberexanthemen zu unterscheiden. Man kann also bei gleichzeitiger Anwendung der beiden Medikamente nicht immer die Entscheidung treffen, welchem Medikament das Exanthem zuzuschreiben ist.

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Orlovius. Über die Beeinflussung infektiöser Erkrankungen, speziell der des Wochenbettes, durch Salvarsan, bzw. Neosalvarsan. Beiträge zur Klinik der Infektionskrankheiten und zur Immunitätsforschung. 1914. Bd. II. p. 287.

Der erste Teil umfaßt eine Zusammenstellung der Ergebnisse von Arbeiten zahlreicher Autoren über die meist günstige Einwirkung des Salvarsans bei Erkrankungen, hervorgerufen durch Spirochäten, Protozoen, Bakterien und unbekannte Erreger. Der 2. Teil beschäftigt sich mit eigenen Untersuchungen über die Wirkung des Salvarsans auf puerperale Infektionen. Die erzielten Resultate sind ebenfalls gute, besonders wenn das Salvarsan sofort nach Ausbruch des Fiebers, ehe noch lokale Komplikationen aufgetreten sind, angewandt wird.

H. Hamburger (Breslau).

Naegeli. Die endolumbale Salvarsantherapie bei syphilitischen Erkrankungen des Zentralnervensystems. Therap. Monatsh. Dez. 15. p. 645.

Angabe der beiden Hauptmodifikationen der endolumbalen Behandlungsmethoden (Wechselmann, Marinesco Swift und Ellis). Wiewohl die hiermit erzielten Erfolge bisher nur sehr zweifelhafte sind, so wird dennoch ihre Anwendung bei Lues cerebrospinalis, Tabes, Paralyse in jedem Falle dringend geraten.

Hans Burkhard (Breslau).

Grothusen. Salvarsan bei Tropenkrankheiten nebst Bemerkungen über einige typische Hautkrankheiten. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. 1914. H. 15. p. 515.

Bericht über zahlreiche Fälle von Framboesie, mit Alt- und Neosalvarsan behandelt. Die intravenöse Therapie ist nach den Erfahrungen des Verfassers viel geeigneter.



Die Schmerzlosigkeit flößt den farbigen Patienten mehr Vertrauen ein, so daß sie sich viel leichter zur Behandlung bewegen lassen. Die Zahl der Patienten ist nach Einführung der intravenösen Methode so gestiegen, daß nach kurzer Zeit der ganze Salvarsanvorrat verbraucht wurde. Mitteilung eines Todesfalles nach Altsalvarsan (schwere tertiäre Lues, ausführliche Krankengeschichte). Anwendung des Salvarsans (Alt und Neo) bei Framboesie und Rückfallfieber. Sonst nichts Neues. Smilovici (Breslau).

Klemm. Behandlung von Rückfallfieber mit Salvarsan (Ehrlich-Hata 606). Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg 1914. H. 15. p. 528.

Kasuistik. Smilovici (Breslau).

Heim, F. Milzbrand und Neosalvarsan. Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1916. Nr. 40. p. 1258.

Fall von Milzbrand bei einem 47jährigen Metzger, bei dem trotz energischer Lokalbehandlung der Prozeß nicht zum Stillstand gebracht werden konnte, bei dem im Gegenteil die Temperatur stieg (bis 39·5), Erbrechen und eine diffuse Bronchitis eintraten.

Auf eine intravenöse Neosalvarsaninjektion von 0·45 sofortige Besserung und allmählich komplette Heilung.
Max Winkler (Luzern).

Netter, Koechlin et *Salanier.* Reactions méningées consecutives aux injections intrarachidiennes de sérum humain. Comptes rend. d. l. soc. d. biolog. LXXVIII. Bd. 1915. p. 651.

Nach intralumbalen Injektionen von menschlichem Blutserum bekamen mehrere Patienten der Verf. Temperatursteigerungen bis 40·1°, Schmerzen und Nackenstarre. Zytologisch: Albumen, Leukozyten und Lymphozyten, überwiegend polynukleäre. Diese Meningitis purulenta aseptica geht vorüber, auch wenn die Injektionen fortgesetzt werden.
Münchheimer (Wiesbaden).

Biach, M. Die Tuberkulinbehandlung der Frühlues. Wiener klin. Wochenschr. 1915. Nr. 49.

Biach versuchte bei Patienten mit sekundärer Lues Tuberkulininjektionen und beobachtete, daß das Tuberkulin die mit Gewebsvergrößerung und -Anreicherung einhergehenden luetischen Prozesse, infiltrierte Sklerosen, Skleradenitis, günstig beeinflusse. Weitere Untersuchungen sind im Gange. Viktor Bandler (Prag).

Luithlen, F. Zur Kenntnis der Einwirkung fieberhafter Temperaturen auf den Verlauf der Syphilis. Wiener klin. Wochenschr. 1915. Nr. 52.



Die mit Fieber verbundenen Erkrankungen wirken in zweifacher Art auf den Verlauf der Syphilis, indem sie einerseits das Auftreten der Allgemeinerscheinungen dieser Krankheit für die Dauer ihres Vorhandenseins hinausschieben, anderseits die bestehenden Erscheinungen der Lues zur rascheren Rückbildung bringen. Seit den Beobachtungen Wagners Pilcz bei Paralyse wurden Versuche gemacht, die Lues durch künstliches Fieber zu beeinflussen, so von Biach durch Tuberkulin. Für Luithlen bestehen aber Bedenken, die Frühlues mit Tuberkulin zu behandeln wegen der Gefahr der Propagierung der Tuberkulose in den Jahrgängen 18—30. Deshalb empfiehlt er zur Behandlung der Frühlues als Fiebermittel Bakterienextrakte und Natrium nucleinicum, welches denselben Zweck erfüllt wie das Tuberkulin, ohne dessen Gefahren zu bieten.

Viktor Bandler (Prag).

Blaschko, A. Ein Ersatz der Kondomfingerlinge. Deutsche med. Woch. Nr. 13. 1916.

Die Fingerlinge, welche Blaschko als praktisch und haltbar erprobte, sind aus Sterilin, einer Lösung von Azetyl-Zellulose in Azeton, hergestellt. Sie sind nicht so elastisch wie Gummifingerlinge, aber erheblich widerstandsfähiger. Beim zweiten Gebrauch erleichtert sich das Anziehen durch Erwärmen oder Reibung der Fingerlinge. Vert. ließ aus dem Sterilin auch Präservative zum Ersatz für Gummikondome anfertigen. Max Joseph (Berlin).

Gonorrhoe und deren Komplikationen.

Zachariae, Poul. Über akute diffuse Peritonitis bei gonorrhoischer Salpingo-oophoritis. Hospitalstidende 1916. Nr. 18. p. 417—427.

Kasuistische Mitteilung von 3 Fällen, die alle durch sofortige Operation geheilt wurden.

Harald Boas (Kopenhagen).

Bäumer. Eine neue Behandlungsmethode der chronischen Gonorrhoe und der Urethritis simplex mit Lytinol nach Awerbuch. Zeitschr. f. Urol. VIII. 1914. p. 25.

Lytinol ist eine Jodverbindung und zwar ein jodunterjodsaures Natron-Dioxybenzolaluminium. Die Originallösung ist 100%ig in Wasser zu verdünnen. Eine 5%ige Lösung, dreimal täglich je 5 Minuten angewandt, führte zumeist zu deutlicher Vermehrung der Leukozyten, die nach ein, zwei oder auch erst nach drei Wochen nachließ. Die Konzentration wurde auf 7·5% und 10% gesteigert. Das Mittel

wird auch bei ganz veralteten Fällen gerühmt. Zur Nachbehandlung wird Zinklösung 0·75 : 200 empfohlen.

Vom Erfinder wird dem Jodmittel neben der bakteriziden Wirkung nachgerühmt, daß dadurch hyperplastische Veränderungen der chronisch entzündeten Schleimhaut zur Resorption kommen. Silberstein (Breslau).

Ballenger und *Elder*. Ein weiterer Bericht über „Einsiegelungs"-Abortiv-Behandlung bei beginnendem Tripper. Zeitschrift f. Urologie. Bd. VIII. 1914. p. 31.

Heilung des Trippers durch Einsiegelung einer 5%-igen Argyrollösung in die Harnröhre, einmal täglich 3—6 Tage hindurch, wofern der Patient innerhalb 24—48 Stunden nach Erscheinen des Ausflusses zur Behandlung kommt. Das Medikament soll in einer Menge von 25 Minims injiziert täglich mindestens 6 Stunden zurückgehalten werden. Die Einsiegelung geschieht mit kontraktilem Kollodium (U. S. P.) (Patent der Vereinigten Staaten).

Silberstein (Breslau).

Heinemann, Zur lokalen Behandlung der Gonorrhoe des Mannes. Zeitschr. f. Urol. 1914. Bd. VIII. p. 171.

Ausgehend von dem Gedanken, durch lang dauernde Einwirkungen bakterizider Lösungen und dabei auftretender Diffusion und Osmose bei der Gonorrhoe bessere Resultate zu erzielen als mit der üblichen Spritzenmethode, empfiehlt H. den von Stabsarzt Müller zur Zurückhaltung der Injektionsflüssigkeit angegebenen Apparat Haftofor (Münch. med. Woch. Nr. 52, 1910, Müller Thorn.). Es werden unmittelbar nacheinander Injektionen von 5, 10, 15 und 20 Minuten Dauer ausgeführt, drei bis fünf Male innerhalb 24 Stunden, so daß das Desinfiziens 2 bis 3 Stunden einwirken konnte; auch wurde das einzuspritzende Quantum je nach der Verträglichkeit von 9 bis 17 *ccm* gesteigert. Schädigungen wurden nicht beobachtet. Bei vereinzelten Fällen wurden die Behandlungszeiten merklich abgekürzt; im allgemeinen war der Vorteil nicht bemerkenswert.

Silberstein (Breslau)

Melchior, Breslau. Ruptur der gemeinsamen Fingerstrecksehne im Gefolge von gonorrhoischer Tendovaginitis. Berl. klin. Wochenschr. 1916. Nr. 6. p. 139.

M. teilt einen Fall von gonorrhoischer Sehnenscheidenphlegmone des Dorsum manus mit, bei dem ohne nachweisbares Trauma und auch ohne daß es durch Nekrose zu einem partiellen Defekt der Sehnensubstanz gekommen war,



eine Kontinuitätstrennung der Strecksehnen des zweiten bis fünften Fingers der linken Hand eintritt.

Hans Burkhard (Breslau).

Boerner und *Santos*. Über eine neue Art Elektroden zur Behandlung der Gonorrhoe mittels Diathermie. Zeitschr. f. Urol. Bd. IX. 1915. p. 1.

Um die zur Abtötung der Gonokokken notwendige gleichmäßige Erwärmung längs und rund um die Harnröhre zu erzielen, wird, da sich der Strom den kürzesten Weg wählt, für die Pars pendula eine die Innenelektrode möglichst im gleichen Abstand umgebende zylindrische indifferente Elektrode, bestehend aus zwei Metallschalen, gewählt. Für die Pars posterior, bei der die Zylinderform aus anatomischen Gründen nicht anwendbar ist, werden zwei Elektroden verwandt; eine hufeisenförmige Bleischürze, deren mittlerer Teil auf der Bauchhaut, deren beide Enden auf den Oberschenkeln zu liegen kommen und eine dem Perineum gut ansitzende Metallelektrode, die beide durch ein Kabel miteinander verbunden sind.

Ein in der Innenelektrode verschiebbares Thermoelement ermöglicht die Messung der Temperatur eines jeden Teiles der Elektrode. Die Dauer der Sitzung beträgt eine Stunde bei einer Temperatur von 43—44—45° C. Schädigungen sind nicht beobachtet worden, die Erfolge waren gut.

Silberstein (Breslau).

Berg, Fritz. Die vaginale Trockenbehandlung mit Bolus-Biozyme. Deutsche med. Woch. Nr. 14. 1916.

Die Bolus-Biozyme, eine Mischung des Bolus alba mit Kulturhefe, wurde von Berg mit gutem Erfolge bei Fluor angewandt. Die Behandlung erstreckte sich auf Fälle von Gonorrhoe bei Erwachsenen und Kindern, Zervikalkatarrh mit Erosionen, Fluor bei Chlorose und fötidem Ausfluß bei Adnextumoren. Vor dem Einpudern wurde die Scheide natürlich von Sekreten gereinigt, dann wirkte das helle, geruchlose Pulver schnell lindernd und austrocknend. Auch ein Sikkator und Bolus-Biozyme-Vaginalkugeln leisteten bei den gleichen Erkrankungen gute Dienste.

Max Joseph (Berlin).

Nassauer, Max. Der Ausfluß beim Weibe. Übersichtsreferat. Münch. med. Woch. 1916. Nr. 8.

Die vaginale Pulverbehandlung ist noch nicht Gemeingut aller Ärzte geworden. Es ist daher dem Übersichtsreferat des auch als Schriftsteller rühmlichst bekannten Autor möglichst große Verbreitung zu wünschen. Es enthält alles Wissenswerte für den Praktiker und auch den Dermatologen.

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).



Asch und *Adler*. Der diagnostische Wert der Gonokokkenvakzine. Münch. med. Woch. 1916. Nr. 3.

Verf. verwandten zu diagnostischen Zwecken Gonargin in Form von intramuskulären Injektionen. Sie spritzten 50—100 Mill. Keime ein. Diese Einspritzungen wurden im allgemeinen gut vertragen. In 100 Fällen, von denen 58 chronische, 42 akute Gonorrhöen darstellten, gelang es, nach provokatorischer Injektion den positiven Gonokokkennachweis zu erbringen. Beachtenswert ist, daß die Gonokokken nach einer solchen Vakcinierung meistens degeneriert erscheinen. Es werden eine Reihe von Fällen einzeln erläutert. Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Gans, Oscar. Harnröhrensekret- und Flockenuntersuchung im Anschluß an intravenöse Arthigoninjektion zur Feststellung der Gonorrhoeheilung. Deutsche med. Woch. Nr. 16. 1916.

Die Erfahrungen von Gans bestätigen den diagnostischen Wert der Arthigoninjektionen bei Gonorrhoe. Die Untersuchung der Harnröhren-, Flocken-, Prostata- und Samenblasensekrete im Anschluß an Injektionen von 0·05 bis 0·1 *ccm* Arthigon ließen die Heilung von Gonorrhoikern sicher feststellen. Nur bei einer geringeren Zahl von Kranken trat mit dem positiven Gonokokkenbefund auch eine Temperatursteigerung ein. Die Vorbereitung zur Entlassung der Patienten war folgende: Wöchentlich 2—3 mal wurde der Ausfluß untersucht und bei negativem Befund nach 14 Tagen die Therapie ausgesetzt. Nach allmählich gesteigerten turnerischen Übungen wird 2—3 Tage später morgens 0·05 *ccm* Arthigon intravenös injiziert. Noch nicht geheilte Fälle zeigen dann oft schon am nächsten Morgen Gonokokken im Ausfluß. Ist das Ergebnis negativ, so folgt eine Injektion mit 0·1 *ccm* Arthigon, meist mit gleichzeitiger lokaler Reizung durch eine Lösung von Argent. nitr., Perhydrol, Aq. dest. Die Sekret- und Flockenuntersuchung wird bei stets negativem Befunde noch 3—4 Tage nach der letzten Injektion fortgesetzt, wonach der Kranke als geheilt entlassen werden kann. Max Joseph (Berlin).

Flesch. Bemerkungen über die Bedeutung der Gonorrhöe für die Entstehung und für die Prognose der weiblichen Sterilität. Zeitschr. f. d. Bek. d. Geschl. Bd. XV. p. 139.

F. bestätigt die Angaben Schäffers bezüglich der Bedeutung der Gonorrhöe als ätiologischen Faktors der Sterilität und betont die Notwendigkeit des Zusammenarbeitens der Gynäkologen und Venerologen bei der Klärung des einzelnen Falles. Nicht scharf genug kann

aber dem Standpunkt von F. entgegengetreten werden, daß auch ohne bakteriologischen Befund bei entsprechenden klinischen Erscheinungen die Diagnose Gonorrhöe gestellt werden soll. Wilhelm Perls (Breslau).

Schäffer, Berlin. Über Häufigkeit, Ursachen und Behandlung der Sterilität der Frauen. Zeitschr. f. Bek. d. Geschl. Bd. XV. p. 39.

Unter 5196 verheirateten, die Poliklinik aufsuchenden Frauen der Berliner Arbeiterbevölkerung befanden sich 1096 kinderlose. Von den 451 für die Prozentberechnung in Betracht zu ziehenden primär sterilen Frauen litten 304 oder 67·3%, von den 378 für die Prozentberechnung in Frage kommenden sekundär sterilen Frauen, d. h. solchen, die nur 1 mal geboren oder höchstens 2 mal abortiert haben, litten 271=71% an Gonorrhöe oder entzündlichen Erkrankungen der inneren Genitalorgane. Die vielfach für die Sterilität angegebenen Gründe, wie Fügung des Schicksals, Nichtzusammenpassen der Geschlechtskeime bilden ein Hindernis für die Erkennung und Behandlung der nachweisbaren Störungen. Unbedingt ist gonorrhoischen Männern die Ehe vor gründlicher Ausheilung zu verbieten. Wilhelm Perls (Breslau).

Eguchi. Beitrag zur Bekämpfung der Gonorrhöe im japanischen Heere, speziell über die Wichtigkeit der Untersuchung der Tripperfäden. Zeitschr. f. Bek. d. Geschl. Bd. XV. p. 159.

E. untersuchte alle (2522) Mannschaften eines japanischen Regiments. Bei den Trippern, die $^1/_2$—1 Jahr alt waren, wurden in den Fäden in 58·06%, bei 1—2 J. alten in 35%, bei 2—3 J. alten und bei 3—4 J. alten in 2·23% Gonokokken gefunden. Wilhelm Perls (Breslau).

Schmitt, Arthur. Die spezifische Behandlung der Gonorrhöe. Beiträge zur Klinik d. Infektionskrankheiten zur Immunitätsforschung. Bd. IV. H. 1.

Die Gonokokkenvakzine ist ein wertvolles Heilmittel und verspricht dort besonders Erfolg, wo eine kräftige biologische Wechselwirkung zwischen Krankheitserreger und Blut stattfindet, also bei abgeschlossenen und in der Tiefe liegenden Prozessen. Jedoch wird auch bei offenen gonorrhoischen Prozessen über erfolgreiche Vakzination berichtet. Die Verwendung richtig hergestellter und dosierter Vakzinen ist im allgemeinen als unschädlich anzusehen. Diagnostisch kann sie als Hilfsmittel herangezogen werden. H. Hamburger (Breslau).

Dufeux, Berlin. Das neue Injektionsmittel zur Gonorrhoebehandlung Choleval in fester, halt-

barer (Pulver- und Tabletten-)Form. Berl. klin. Woch. 1916. p. 1196.

Das Choleval zeigt infolge seiner ausgesprochenen Saponinwirkung eine „bedeutende neu- und eigenartige, in- und extensiv alle bisher verwendeten Trippermittel übertreffende antigonorrhoische Wirkung".

Hans Burkhard (Danzig).

Friboes, W. Erfahrungen bei Cholevalbehandlung der männlichen und weiblichen Gonorrhoe. Münch. med. Woch. 1916. Nr. 22.

Choleval kann als gutes Antigonorrhoikum bezeichnet werden; es verwandelt rasch das eitrige Sekret in schleimiges und ist imstande, auch die Gonokokken zum Schwinden zu bringen. Choleval scheint ein gutes Mittel bei Urethral- und Zervikalgonorrhoe erwachsener weiblicher Personen zu sein. Bei Vaginalgonorrhoe scheint es nur wenig wirksam.

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Baer, Theodor. Über Versuche mit dem neuen Antigonorrhoicum „Choleval". Münch. med. Woch. 1916. Nr. 26.

Das Choleval ist ein kolloidales Silberpräparat mit 10% Silber, dem als Schutzkolloid ein gallensaures Salz beigegeben ist. Das Präparat ist ein dunkelbraunes, geruchloses, aus feinsten Lamellchen bestehendes Pulver, das sich leicht in Wasser löst. In Form von Tabletten kann es leicht vom Patienten selbst angewandt und in gewöhnlichem Wasser gelöst werden. Das Choleval wurde ausnahmslos bei allen Fällen (auch Komplikationen) angewandt in folgender Konzentration: anterior: Injektion 0·25—1·5% 6mal täglich oder Janet $^1/_{1000}$—$^1/_{500}$ 2mal und 4 Injektionen; posterior: 4mal Injektionen. Außerdem 3mal wöchentlich Gayon oder täglich 2mal Janet der ganzen Urethra.

In 60% der Fälle schwanden die Gonokokken nach 2—4 Tagen, in den übrigen nach 5—15 Tagen und nur in 3 Fällen waren dieselben länger nachzuweisen.

Das Choleval scheint alle bisherigen Mittel an Wirksamkeit zu erreichen, teilweise sogar zu übertreffen. Es ist leicht und praktisch anzuwenden wegen seiner völligen Reizlosigkeit, seiner bequemen Löslichkeit und seiner Haltbarkeit.

Autoreferat.

Meyer, Berlin. Uber Argaldin, ein neues Silbereiweißpräparat. Berl. klin. Woch. 19.6. p. 749.

Soll in seiner Wirkung dem Protargol gleichwertig sein und wird außer bei Gonorrhoe mit Erfolg zur Behandlung eitriger Wunden angewendet.

Hans Burkhard (Danzig).



Neisser, Breslau. Zur Gonokokkendiagnostik durch Kutireaktion. Berl. klin. Woch. 1916. p. 765.

In den seltenen Fällen, wo alle diagnostischen Hilfsmittel zur exakten Diagnose „Gonokokken" versagen, schlägt N. die mit einer aus Kokkenkultur hergestellten Vakzine vorgenommene Kutireaktion vor.

Hans Burkhard (Danzig).

Schürmann, W. Die Thermopräzipitinreaktion als Diagnostikum bei Gonorrhoe, insbesondere bei chronischer Gonorrhoe. Dtsch. med. Woch. Nr. 36. 1916.

Die Versuche Schürmanns wurden in der Weise vorgenommen, daß die gewonnenen klaren Extrakte auf hochwertiges gut präzipitierendes Gonokokkenserum in besonderen Präzipitatröhrchen geschichtet wurden. Bei vorhandener Gonorrhoe entsteht an der Berührungsfläche der Flüssigkeiten ein weißer Ring, der spätestens in 15 Minuten sichtbar sein muß, wenn die Reaktion als positive gelten soll. Diese Reaktion trat mit Sicherheit bei akuten Gonorrhoen mit Gonokokkennachweis ein, half aber auch zur Klarstellung chronischer Fälle, wo der mikroskopische Nachweis im Stiche ließ. Die Thermopräzipitinreaktion wurde negativ infolge der Behandlung, wieder negativ, wenn diese eingestellt wurde und kann somit als ein guter Maßstab für die Heilwirkung angesehen werden. Einen zum Positiven neigenden Anschlag bei gesunden Personen konnte man, wie anamnestische Angaben bestätigten, als Beweis für eine früher überstandene Gonorrhoe verwerten. Verf. empfielt diese Methode auch für forensische und medizinalpolizeiliche Zwecke.

Max Joseph (Berlin).

Picker. Ohne Antiseptikum behandelte und geheilte Gonorrhoefälle beim Manne. Zeitschr. für Urologie. Bd. X. 1916. p. 249 u. p. 289.

An der Hand von 10 mit ausführlichen Krankengeschichten und Epikrisen versehenen Fällen von Gonorrhoe schildert der Autor seine Heilerfolge bei den als unheilbar oder refraktär geltenden Erkrankungen. Er weist mit großer Schärfe auf die unbedingte Notwendigkeit hin, der topischen Diagnose auf den Grund zu gehen, mit besonderer Berücksichtigung der drüsigen Adnexe; Prostata, Samenblasen, Cowperdrüse, und betont bei Besprechung der Therapie die Wichtigkeit der häufig und ev. lange Zeit hindurch zu wiederholenden Digital-Massage, die ihm, systematisch durchgeführt, unter Kontrollierung der makroskopischen, mikroskopischen und kulturellen Beschaffenheit



der exprimierten Sekrete auch ohne Anwendung eines Antiseptikums zu Erfolgen verholfen hat. Zum Schlusse gedenkt der Autor auch der Fälle von gonorrhoischer Infektion des Nierenbeckens, denen er mit Hilfe der einschlägigen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (Zystoskopie, Ureterenkatheterismus, Urethroskopie) zu Leibe geht. Verfasser führt den Fall von Bendig an, wo ein Kranker an frischer Gonorrhoe unter der Diagnose „urethritis posterior et cystitis" zu Grunde geht und erst die Sektion eine Nephritis und Pyelitis nachweist. Der traurige Ausgang dieses Falles gegenüber seinen auf guter Kenntnis gegründeten Erfolgen veranlaßt den Autor, das Postulat aufzustellen, die Gonorrhoe lediglich als urologische und nicht als dermatologische Erkrankung zu behandeln. Silberstein (Breslau).

Unna. Kriegsaphorismen. Berl. klin. Wochensch. 1916. p. 881.

Empfiehlt zur Vermeidung der Stagnation des gonorrhoisch eitrigen Sekretes in der vorderen Harnröhre nächtliche Tripperinjektionen (um 2 und um 5 Uhr).

Hans Burkhard (Danzig).

Oppenheim, M. und *Schlifka,* M. Über die Behandlung der Gonorrhoe mit Tierkohle. Wiener mediz. Wochenschr. 1916. Nr. 28.

1. Die Behandlung des Harnröhrentrippers mit Tierkohle ist in Fällen von Urethrit. acuta posterior mit diffus trübem Urin zur raschen Klärung desselben zu empfehlen. 2. Die beste Anwendungsweise besteht in einem Alternieren mit Kalium hypermang.-Spülungen. Die Tierkohlenspülung ist reizlos und unschädlich. Man verwendet Lösungen von 5 *g* Tierkohle auf 500 *g* abgekochten Wassers.

Viktor Bandler (Prag).

v. Planner, Rich. Zur Vakzinebehandlung akuter Gonorrhoen. Wiener med. Woch. 1916. Nr. 28 u. 29.

Der Autor stellt folgende Sätze auf: 1. Bei Behandlung der akuten Gonorrhoe kommen lediglich die Methoden in Betracht, welche gegen die Ursache des Leidens ankämpfen. Zu diesen zählt die antiseptische Lokaltherapie und die Behandlung mit der Gonokokkenvakzine. Letztere ist stets mit der antiseptischen Lokaltherapie zu kombinieren und zwar, wenn die lokale Behandlung nach sechs Wochen nicht zum endgültigen Verschwinden der Gonokokken geführt hat. Viktor Bandler (Prag).

Glück, A. Zur Diagnose der weiblichen Urethralgonorrhoe. Wiener klin. Woch. 1915. Nr. 31.

Bei einer großen Anzahl von tripperkranken Prosti-



tuierten fand Glück im Urethralsekret mit Hilfe der 1% Methylenblaulösung gut darstellbare, blaß- bis schwarzblaue, meist rundliche, im Protoplasma der Epithelzellen liegende, anscheinend strukturlose Gebilde. Häufig sind die solche Einlagerungen enthaltenden Epithelzellen gemeinschaftlich mit Gonokokken im Präparat anzutreffen, so zwar, daß je mehr Gonokokken, desto weniger Einlagerungen vorhanden sind. In Fällen mit dauernd vorhandenen zahlreichen Gonokokken sind die Einlagerungen trotz eifrigsten Suchens nicht aufzufinden, während sehr oft ihr Vorhandensein ohne Gonokokken festzustellen ist. Die Erfahrungen Glücks weisen darauf hin, daß die Abwesenheit der Gonokokken im Urethralsekret zur Feststellung einer Heilung nicht genügt, es ist vielmehr das Nichtvorhandensein der beschriebenen Einlagerungen bei gleichzeitiger Abwesenheit der Gonokokken zur Sicherstellung der Diagnose zu verlangen. Das Vorhandensein der Einlagerungen spricht unbedingt für die noch bestehende Infektiosität des Prozesses. Viktor Bandler (Prag).

Mucha, V. Zur Frage der Uteruserkrankung bei Vulvovaginitis infantum. Wiener med. Woch. 1916. Nr. 28.

Mucha machte in allen Fällen von Vulvovaginitis infant., in denen Gonokokken nicht mit Sicherheit gefunden werden konnten, die kulturelle Untersuchung. Als Komplikationen sah der Autor in 3 Fällen eine Erkrankung des Rektums und zweimal das Auftreten von Monarthritiden. Bei 3 Fällen waren ausgesprochene Beschwerden in der Unterbauchgegend, ohne daß weder die rektale Untersuchung noch der endoskopische Vaginalbefund Anhaltspunkte für das Vorhandensein einer Uterus- oder Adnexerkrankung ergeben hätte. Bei einem Falle, der infolge letaler Scharlacherkrankung zur Obduktion kam, zeigte sich ein Freibleiben des Uterus und der Adnexe vom gonorrhoischen Prozeß; daher möchte sich Mucha der Ansicht jener Autoren anschließen, die das Übergreifen der Erkrankung auf diese Organe als Seltenheit und Ausnahme auffassen. Die therapeutischen Maßnahmen bestehen in täglichen Spülungen der Vagina mit $^1/_4$% Protargol oder Argent. nitr. 1 : 1000 oder Hegonon.

Viktor Bandler (Prag).

Ravogli, A. Condyloma acuminatum in der Analregion beim Manne. The Journal of the American Medical Association. 1916. Juli 8. p. 109.

Ravogli berichtet ausführlich über zwei männliche Patienten, bei denen sich spitze Kondylome am Anus ent-

wickelt hatten. In beiden Fällen handelte es sich um Syphilitiker und die erkrankten Partien waren erst syphilitisch affiziert gewesen, doch ist die syphilitische Basis nur eine zufällige Erscheinung.

Fritz Juliusberg (Posen).

Ulcus molle.

Sachs, Frankfurt a. M. Die Behandlung des Ulcus molle und anderer Genitalgeschwüre mit Jodtinktur. Berl. klin. Woch. 1916. p. 749.

Gute Erfolge mit einem Gemisch von Tinct. Jodi + 50% Xeroform. Hans Burkhard (Danzig).

Jersild. Abortivbehandlung von Ulcus molle mit Kupfer-Jontoforese. Ugeskrift for Läger. 1916. Nr. 21. p. 850—856.

Mittels der früher beschriebenen Kupfer-Jontoforese hat J. 18 Fälle von Ulcus venereum behandelt. In 16 Fällen trat die Heilung nach 5—7 Tagen ein. In keinem von diesen Fällen wurde Bubonenbildung beobachtet.

Harald Boas (Kopenhagen).

Müller, O. und *Justi,* K. Beitrag zur Kenntnis der klimatischen Bubonen. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. 1914. Beiheft 8.

Sehr interessante Monographie über die in den Tropen nicht selten auftretenden „klimatischen Bubonen". Zum Referat ungeeignet. Smilovici (Breslau).

Hautkrankheiten.

Akute und chronische Infektionskrankheiten.

Soucek, Alfred. Über das Exanthem bei Cholera asiatica. Wiener mediz. Wochenschr. 1916. Nr. 12.

Der Autor beobachtete öfters bei Cholerakranken ein Exanthem, das urtikariellen oder morbillösen Charakter hatte. Bei der morbillösen Form zeigten sich die Flecken zuerst im Gesicht, dann am Stamm und Extremitäten. Diese Art des Exanthems trat am 5. oder 6. Tag nach Beginn der Erkrankung auf; die morbillösen Formen kamen



meist am 9.—12. Tage zum Vorschein. Auffallend war die Ähnlichkeit des Choleraexanthems mit dem Serumexanthem.
Viktor Bandler (Prag).

Kyrle und *Morawetz*. Zur Histologie des Fleckfieberexanthems, nebst Mitteilung eines ungewöhnlichen Falles von postexanthematischen Hautveränderungen. Wiener klin. Wochenschr. 1915. Nr. 47.

Die Autoren beobachteten einen eigentümlichen Umbildungsprozeß eines Fleckfieberexanthems, der vor allem dadurch charakterisiert ist, daß an einzelnen Roseolen statt der entsprechenden Rückbildung ein Infiltrat manifest wurde, das allmählich an Intensität zunahm, so zur Entwicklung einer typisch papulösen Effloreszenz führte, die schließlich an der Oberfläche nekrotisierte, durch langen Bestand ausgezeichnet war und endlich mit Pigmentierung und Narbe ausheilte. Histologisch fallen die Infiltrate, insbesonders die Gefäßveränderungen ins Auge. Im papillären und subpapillären Kutisanteil liegen erweiterte Gefäßchen, die ihres Endothelbesatzes zum größten Teil beraubt sind. In der Peripherie der Gefäße das für die Roseola typische Infiltrat.
Viktor Bandler (Prag).

Lipschütz, B. Zur Kenntnis der Klinik des Flecktyphus nach Beobachtungen an der Przemysler Epidemie im Frühjahr 1915. Wiener klin. Wochenschr. 1915. Nr. 32.

Für die Diagnose des Flecktyphus sind nach Lipschütz als charakteristische Merkmale aufzufassen: 1. Die Natur des Exanthems, initialer Beginn in den Ellenbeugen, gleichzeitig mit den Effloreszenzen am Stamme, nachher Generalisierung des Exanthems, eventuell Befallensein der distalen Extremitäten; 2. die charakteristische Fieberkurve, Gliederung in ein präexanthematisches und in ein exanthematisches Stadium, eventuell noch ein Stadium der subnormalen Temperaturen. Als 3. die Diagnose unterstützendes Symptom ist die negative Widalsche Reaktion anzuführen, während die positive Seroreaktion die Diagnose Flecktyphus nicht ausschließt. Das reichliche Befallensein der Hautdecke und im Gegensatze hiezu die durchwegs negativen, uncharakteristischen Sektionsbefunde ließen Lipschütz an einen relativen Dermotropismus des Virus denken. Bei einem Falle ist es gelungen, durch entsprechende Reizung der Haut genau in der Reizstelle gelegene Effloreszenzen etwa nach 5 Tagen festzustellen.
Viktor Bandler (Prag).

Friboes, W. Über eigenartige, meist skarlatiniforme Spätexantheme nach Typhus- und Choleraimpfung. Münch. med. Wochenschr. 1916. Nr. 7.

Friboes beobachtete bei Soldaten, die gegen Typhus und Cholera geimpft waren, nach 2—4 Wochen das Auftreten eines scharlachähnlichen Ausschlages.

Die wenig entwickelten Exantheme mit ihren relativ spärlichen, follikulär und perifollikulär angeordneten Flecken sind außer mit toxischen oder Arzneiexanthemen mit keinem anderen zu verwechseln. Die stark entwickelten Fälle aber bieten differentialdiagnostische Schwierigkeiten gegenüber dem Scharlach.

Die Diagnose wird erleichtert dadurch, daß an den mehr diffus erythematösen Stellen zur Zeit der Remission eine eigenartige gelbliche Färbung des Exanthems zu beobachten ist. Ferner ist das Exanthem stets marmoriert. Gegen Scharlach spricht aber dann der weitere Verlauf: rasches Verschwinden des Exanthems und der Begleiterscheinungen, Fehlen der Abschuppung. Das Exanthem ist nicht übertragbar. Da dasselbe immer nach Kombination von Typhus- und Choleraimpfung auftrat, so ist die Feststellung, welcher Impfstoff die Ursache des Exanthems ist, unmöglich.

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Mayerhofer, Ernst. Die künstliche petechiale Umwandlung der Roseolen als ein diagnostisches Hilfsmittel. Münch. med. Wochenschr. 1916. Nr. 5.

Jede Roseola kann durch Druck leicht in eine Petechie umgewandelt werden. Nimmt man die zu prüfende Hautstelle zwischen 4 Finger (Daumen und Zeigefinger), hebt sie auf und übt einen gleichmäßigen Druck aus, so entsteht an Stelle der Roseola eine subkutane Blutung. Dieses Verhalten konnte Verf. bei Typhus abdominalis, Paratyphus *A* und *B* und beim Flecktyphus nachweisen.

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Pascheff, C. Nekrose der Augapfelbindehaut mit Leukozyteneinschlüssen bei Typhus exanthematicus. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhygiene. Bd. XX. Heft 7. p. 186. 1916.

Bei einem Fall von Typhus exanthematicus in Sofia wurde 3 Tage vor dem Tode die untere Hälfte der linken Conjunctiv. bulb. nekrotisch. Histologische Untersuchung ergab innerhalb von herdweise angeordneten polynukleären Leukozyten Körnchen von verschiedener Gestalt, Größe und Zahl, die sich nach Giemsa blau färbten und meist etwas größer waren, als die von v. Prowazek im Blut von Exanthematikuskranken beschriebenen. Bei Bindehaut-

erkrankungen anderer Herkunft fanden sich diese Einschlüsse nie. Krakauer (Breslau).

Goldenstein. Zur Bakteriologie des Flecktyphus (Typhus exanthematicus). Zentralblatt für Bakter. Bd. LXXVIII. p. 82.

Aus dem Blute von Fleckfieberkranken gelang die Züchtung eines Bakteriums, welches mit dem von Petruschky beschriebenen große Ähnlichkeit aufwies.
Walther Pick (Wien).

Bofinger. Ätiologische, klinische und mikroskopische Beobachtungen bei einer Fleckfieberepidemie. Zentralbl. f. Bakter. Bd. LXXVIII. p. 72.

Bofinger konnte im Blute von Fleckfieberkranken nach Giemsa färbbare Einschlüsse in den roten Blutkörperchen nachweisen, die am 5.–6. Krankheitstage auftraten und in einem Falle auch noch am 10. Tage nach der Entfieberung nachweisbar waren. Auch in den weißen Blutkörperchen fanden sie sich. Sie dürften in ätiologischem Zusammenhang mit der Erkrankung stehen und sind vielleicht mit den von Gottschlich gefundenen Einschlüssen identisch. Walther Pick (Wien).

Zucker, Alfred. Zur Frage der Übertragungsmöglichkeit von Fleckfieber auch durch Filzläuse. Beiträge zur Klinik der Infektionskrankheiten und zur Immunitätsforschung. Bd. IV. Heft 2. p. 177.

Vergleichende anatomische Untersuchungen über Kleider- und Filzläuse ergaben, daß nicht nur, wie heut wohl einwandfrei feststeht, die Kleiderläuse das Fleckfieber übertragen, sondern daß auch durch Filzläuse diese Übertragung stattfinden kann. Es muß deshalb auch die Entfernung der Filzläuse bewirkt werden.
H. Hamburger (Breslau).

da Rocha-Lima, H. Beobachtungen bei Flecktyphusläusen. Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene. Bd. XX. H. 2. p. 17. 1916.

R. L. fand Dezember 1914 bei infizierten Läusen ungeheuere Mengen von Körperchen, die sich nach Giemsa rötlich färbten, in Ausstrichpräparaten Mikroorganismen glichen und bald kurzelliptische, bald kokken-, bald stäbchenförmige Gestalt hatten. Sie erwiesen sich als gramnegativ, passierten Berkefelds-Filter nicht und wurden größtenteils im Magendarmkanal der Läuse angetroffen. Nie gelangen Züchtungen. Erfahrung am eigenen Leibe und Übertragung auf Meerschweinchen brachten den Beweis, daß die untersuchten Läuse tatsächlich Träger des Flecktyphusvirus waren; es gelang sogar die Übertragung

von einer 11. Meerschweinchenpassage auf einen Macacus sinicus. Allerdings wurden ähnliche, wenn auch etwas größere Körperchen auch bei 3 normalen Läusen gefunden. In ungeheueren Mengen fanden sich die fraglichen Körperchen auch an Schnittpräparaten von Flecktyphusläusen und zwar ebenfalls im Magendarmkanal. Gleichzeitige Untersuchungen H. Sikoras ergaben, daß sie bei manchen Läusen (über 100) niemals vorhanden waren. Sie liegen nicht nur im Lumen, sondern auch in den Epithelzellen des Magens infizierter Läuse, die sie in bestimmter Weise verändern; ferner auch in den Speicheldrüsen (Sikora).

R. L. spricht die Gebilde, trotz Mißlingens der Züchtung, mit Wahrscheinlichkeit als Spaltpilze an und hält es für möglich, daß sie die Erreger des Flecktyphus sind.

Krakauer (Breslau).

Stempell, W. Über einen als Erreger des Fleckfiebers verdächtigen Parasiten der Kleiderlaus. Dtsch. med. Woch. Nr. 15. 1916.

Nach den Erwägungen von Stempell steht es fest, daß die Kleiderlaus, wahrscheinlich als Zwischenwirt, den Parasiten des Fleckfiebers überträgt. Es gelang von Fleckfieberkranken gesammelte Läuse mit einem besonderen, in der Arbeit genau beschriebenen Verfahren zu konservieren. In den zerstörten menschlichen Blutkörperchen die den Darminhalt der Tiere bildeten, fanden sich viele, kleinste, kommaförmige Parasiten, daneben kokkenartige Formen. Die Läuse von gesunden Menschen enthielten niemals, auch bei genauester Untersuchung, diese parasitären Gebilde. Es handelt sich hier um einen bisher unbekannten, aber häufigen Parasiten der Kleiderlaus, wahrscheinlich ein Protozoon. Der Stoffwechsel der Laus hängt von der Temperatur ab, deren Erhöhung beschleunigend wirkt. Läuse, die bei hohen Temperaturen Blut aufnehmen, werden also solche kaum in infektionsfähigem Zustande weiter übertragen. Damit erklärt sich das Auftreten der Flecktyphusepidemien in der kalten Jahreszeit. Es ist anzunehmen, daß dieser Erreger nicht durch den Stich sondern durch die Fäzes der Laus auf den Menschen gelangt, entweder durch Einatmung von Staub oder durch Infizierung der Hautwunden, die ja gerade bei Verlausten meist vorhanden sind. Max Joseph (Berlin).

Loewenthal, F. Eigenartiges Ulkus der äußeren Haut bei Typhus abdominalis im Anschluß an Thrombophlebitis. Deutsches Archiv f. klin. Medizin. CXIX. Bd. 3. Heft.

In einem schweren Typhusfall mit Bazillennachweis



in Stuhl und Blut entwickelte sich im Anschluß an eine Thrombose der V. femoralis sin. ein Ulkus in der Mitte des Oberschenkels, dessen Natur und Entstehungsweise L. kritisch bespricht. Es wird auf einen durch den Typhus begünstigten, sekundären Entzündungsprozeß zurückgeführt; Typhusbazillen waren im Ulkus nicht nachweisbar.

Fritz Callomon (Bromberg).

Achard et *Foix*. Sur l'emploi des corps gras comme vémicules des Vaccins microbiens. Comptes rendus de la soc. de biologie. LXXIX. Bd. 1916. p. 209.

Nach Versuchen mit dem Paratyphus-Baz. *B* lassen sich Emulsionen von Bakterien in Olivenöl herstellen, die zwar langsamer wie wässerige Lösungen Antikörper provozieren, aber in weit höherer Konzentration vertragen werden, so daß eine geringere Zahl von Injektionen ausreicht. Schwierigkeiten macht bei der Herstellung der Emulsion nur die Trocknung der Bakterien; diese müssen, eventuell mehrmals, durch Zentrifugieren isoliert und dann im Brutofen auf 37° erhitzt, bisweilen auch noch mit Äther behandelt werden. Nur gut getrocknete Bakterien geben eine gute Emulsion. Diese ist erst 8—15 Tage nach Verweilen der Bakterien in dem Öl gebrauchsfähig.

Sterilisierung der Bazillen Paratyphus *B* war ausschließlich durch Hitze (60°) erfolgt.

Münchheimer (Wiesbaden).

Enderle, Walter. Hat der Milzbrandbazillus eine Kapsel? Arb. a. d. Geb. der Path. Anatomie (Baumgarten). Bd. VIII. 1914. p. 47.

Trotz reichlichem Untersuchungsmaterial (Kulturen auf Agar, Bouillon, Kartoffeln, Pepton und Milzabstriche von milzbrandkranken Mäusen) und Anwendung verschiedenster Untersuchungsmethoden (ungefärbt im hängenden Tropfen oder gefärbt mit Methylenblau, mit „vitaler Färbung" nach Nacanishi usw.) ist es nicht gelungen, an dem Milzbrandbazillus eine richtige Kapsel aus einer schleimigen, färbbaren Substanz nachzuweisen. Vielmehr hält Verfasser die meist ungefärbten, durch eine feine Linie begrenzten Höfe in den Trockenpräparaten für durch Schrumpfung der Bazillen bedingte Lücken im Ausstrich, aber auch in Präparaten von im Wasser aufgeschwemmten Kulturbakterien wird durch gewisse, aus der Kultur herrührende Albuminoide oder Kolloide eine antrocknende Paste geliefert, von der sich die schrumpfenden Bakterien zurückziehen können. Fritz Schaefer (Brieg).



Quantz. Über die ersten klinischen Symptome der Trypanosomiasis. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. 1914. H. 10. p. 340.

Bestätigung der Auffassung Eckards, daß die Trypanosomiasis mit einem akuten, fieberhaften, an Malaria erinnernden Anfall beginnt. Smilovici (Breslau).

Weck. Beobachtungen über Trypanosomen des Menschen und der Tiere am Rovuma-Flusse. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. 1914. H. 4. p. 113

Verimpfungen mit Trypanosomen enthaltendem Blut auf Tiere (Affen, Ratten, Katzen). Trypanosomen, welche bei diesen keine positiven Resultate geben, können mit großer Wahrscheinlichkeit auch für Menschen als nicht pathogen betrachtet werden. Die mikroskopische Untersuchung allein hält der Verfasser für nicht ausreichend. Therapeutische Versuche mit Pavianserum auf infizierte Tiere. Die vorher reichlich vorhandenen Trypanosomen waren 7—8 Tage später nicht mehr nachweisbar. Kasuistik.

Smilovici (Breslau).

Hoffmann, George L. Chemotherapeutische Studien über die intravenöse Verwendung von Antimontrioxyd bei experimentellen Trypanosomeninfektionen. Zeitschr. f. Hygiene u. Infektionskrankheiten. Bd. LXXX. Heft 2. p. 269. 1915.

Seit 1907 war experimentell festgestellt, daß eine Reihe von Antimonverbindungen trypanoid wirkt. Therapeutisch wirksam waren die Präparate, die Antimon in 3wertiger Form enthalten; allerdings kommt ihnen auch hohe Toxizität zu. Eine Ausnahme bildet das Antimontrioxyd, das für Ratten, Mäuse, z. T. auch Meerschweinchen fast atoxisch ist und dennoch bei Dosen von 1 *mg* pro 10 *g* Körpergewicht Dauersterilisation bei Infektion mit Trypan. Brucei herbeiführt; bei Tryp. equipert. u. gambiens. allerdings erst nach mehrfacher Verabfolgung.

Sorgfältige Prüfungen an Kaninchen ergaben:

1. Mit Hilfe von intravenösen Einführungen des Antimontrioxyds gelingt es, bei experimentellen Trypanosomeninfektionen (Nagane, Dinome) eine Therapia steril. magn. herbeizuführen.

2. Als Aufschwemmungsmittel für das spezifische schwere Antimontrioxyd eignen sich Zucker-, Gummi- und Zucker-Gummilösungen.

Die Versuche bestätigen die Ansichten von Kolle, Hartwich, Schürmann und Rothermundt.

Krakauer (Breslau).



Thieme. Die operative Behandlung der Filariosis in Samoa. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. 1914. H. 23. p. 777.

Beschreibung der Technik und der Indikationen derselben. Sehr schöne, wenn auch nicht rezidivfreie Resultate. (3 Tafeln und 9 Figuren im Text.)

Smilovici (Breslau).

Max, Rudolph. Über die brasilianische „Figueira". (Vorläufige Mitteilung.) Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. 1914. H. 14. p. 498.

„Die brasilianische Figueira ist aller Wahrscheinlichkeit nach eine Blastomykose." Die Affektion tritt auch beim Rinde auf. Der Initialherd zeigt sich fast immer auf dem Fußrücken, und zwar als warzenförmige Wucherung. Bei allen vom Verfasser beobachteten Fällen wurde ein Blastomyzes gezüchtet. Angabe der morphologischen und kulturellen Eigenschaften des Pilzes. Smilovici (Breslau).

Lurz. Späterscheinungen der Framboesie bei Neger. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. 1914. H. 20. p. 686.

Nichts Neues. Smilovici (Breslau).

Wick. Gundu in Neu-Guinea. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. 1914. H. 12. p. 403.

Krankengeschichte eines in Neu-Guinea beobachteten Falles. Bis jetzt sind über ähnliche Fälle in Neu-Guinea keine Mitteilungen gemacht worden.

Smilovici (Breslau).

Leber und *v. Prowazek.* Zur Kenntnis der Elephantiasis in Samoa. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. 1914. H. 11. p. 386.

Historischer und kasuistischer Beitrag. Zum Referat ungeeignet. Smilovici (Breslau).

Goldberg. Experimentelles über die Jerichobeule. 1. Übertragung auf Macacus rhesus. Zentralbl. f. Bakt. Bd. LXXVIII. p. 15.

Die Ubertragung gelang an der Haut über dem Jochbein und am Handrücken. Nach einer Inkubation von 48 bzw. 56 Tagen entwickelten sich die typischen Granulome.

Wenn die Annahme richtig ist, daß es sich bei der Leishmaniosis um einen durch Tierpassage abgeschwächten und hierdurch ausschließlich dermatotrop gewordenen Parasiten handelt, müßte man in der Gegend von Jericho auf Kala-Azar fahnden. Walther Pick (Wien).

Arif Ada Bey, Goldberg und *Neschat Omar Bey.* Experimentelles über die Jerichobeule. Reinkul-

tur des Parasiten der Beule. Zentralbl. f. Bakteriol. Bd. LXXIX. p. 25.

Die Kultur gelang auf Blutagar bei 22°. Subkulturen auf Agar nach Novy Mac-Neal entwickelten sich in 24 bis 48 Stunden. Die Parasiten zeigen den Typus der Leishmanien. Übertragung auf den Affen gelang.

Walther Pick (Wien).

Canaan, T. Die Jerichobeule. Arch. f. Schiffs- u. Tropen-Hygiene. Bd. XX. Heft 5. p. 109. 1916.

Die Jerichobeule tritt nur in Jericho, auch hier nur zeitweilig und im ganzen selten auf. Übertragung von sicher Erkrankten auf außerhalb Jerichos Lebende kommt nicht vor. Die Gründe für diese rätselhaften Erscheinungen sind unbekannt. Die Krankheit äußert sich in multipler Beuleneruption der unbedeckten Haut. Die Beulen werden krustös und ulzerieren, um dann mit roter Narbe abzuheilen.

Mikroskopisch fand C. im August 1915 in mehreren Fällen typische Leishmania tropica, meist in mononukleären Zellen, was die Identität dieser Krankheit mit der aus anderen Ländern beschriebenen Orientbeule beweist. Therapeutisch erwies sich in einem Falle Neosalvarsan ($2 \times 4{\cdot}5\ g$ intravenös) als sehr wirksam. Krakauer (Breslau).

Kersten, H. E. Über Ulcus tropicum in Deutsch-Neuguinea. Arch. f. Schiffs- u Tropen-Hygiene. Bd. XX. Heft 12. p. 274. 1916.

Verf. sammelte seine Erfahrungen als Regierungsarzt in Kaiser Wilhelms-Land, Neupommern, Rabauland auf Neu-Guinea und stellte geographische Verschiedenheiten fest. Er fand in seinen Fällen in Neu-Guinea sowohl die Spirochaete Schaudinni-v. Prowazek wie Bazillus fusiformis. Diese Mikroben schwanden bei Anwendung von Neo-Salvarsan, auf Heilungsverlauf und Geschwürscharakter hatte diese Behandlung aber keinen Einfluß, woraus K. schließt, daß diese Mikroben nicht die Krankheitserreger sind. Vielfach wurde eine Diplokokkenart festgestellt. Therapeutisch bewährten sich außer chirurgischen Maßnahmen feuchte Verbände (Liqu. tlum. acet., Kal. hyp.) oder Perubalsam. Krakauer (Breslau).

Tuberkulose.

Jaquerod. Uber die klinischen Beziehungen zwischen Erythema nodosum und Tuberkulose. Revue médicale de la Suisse romande. 1916. Nr. 6. p. 345.

Verf. hat in Leysin bei zwei vermutlich mit tuberkulösen Lymphdrüsen behafteten Kindern, deren Mütter



auch tuberkulös waren, ein Erythema nodosum beobachtet, das mit starkem Fieber und heftigen Allgemeinerscheinungen einherging, aber einen glücklichen Ausgang nahm und zur kompletten Heilung führte. Im Anschluß an diese zwei Fälle bespricht Verf. die Ätiologie des Erythema nodosum an Hand der Literatur und kommt zur Ansicht, daß die Krankheit in einer großen Zahl von Fällen tuberkulöser bazillärer Natur sei und von einem mehr oder weniger alten latenten Tuberkuloseherd stamme. Diese neue Auffassung der Krankheit müsse aber nicht zu Befürchtungen Anlaß geben, da der Ausgang immer ein günstiger sei. Auch prognostisch seien die Erythema nodosum-Kranken in bezug auf das spätere Auftreten einer manifesten Tuberkulose nicht mehr gefährdet als andere Menschen. Die Prognose brauche also nicht als eine ungünstige bezeichnet zu werden. Max Winkler (Luzern).

Tièche. Einige Bemerkungen über einen Fall von Erythema induratum Bazin. Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1916. Nr. 45. p. 1522.

Verf. hat einen Fall von Erythema induratum Bazin beobachtet, der mit einem Tuberkulidexanthem am Körper kombiniert war. Klinisch schien die Diagnose ziemlich gesichert zu sein, während die übrigen Methoden zur Erhärtung der Diagnose versagten — Tierversuch, Tuberkulinprobe, histologischer Untersuch, Bazillennachweis usw. — Die Mutter des Patienten litt an Lues III. W.-R. beim Patienten negativ.

Tièche will mit dieser Mitteilung zeigen, wie schwierig sich manchmal die Abgrenzung morphologisch sehr ähnlicher, ätiologisch aber verschiedener Krankheitsbilder gestalten könne. Max Winkler (Luzern).

Haslund, Poul (†). Tuberkulöses Exanthem, als eine Dermatitis photoelectrica auftretend. Hospitalstidende 1916. Nr. 24. p. 569—583. Nr. 25. p. 593—610.

Eingehende Beschreibung eines Falles von tuberkulösem Exanthem, welches nach Lichtbad mit Kohlenbogenstrahlen entstanden war. Histologisch wurde in den Effloreszenzen eine zentrale Thrombophlebitis gefunden. Klinisch war das Exanthem am meisten einem Lupus erythematosus ähnlich; eine sichere Diagnose konnte jedoch nicht gestellt werden.

Harald Boas (Kopenhagen).

Leschcziner. H. Zur Frage des traumatischen Morbus Addisonii. Virchow-Archiv. Band CCXXI. Heft 1.

Der Autor berichtet hier über einen Fall, bei dem der Addissonsche Symptomenkomplex im Anschluß an eine

Schußverletzung in der Nierengegend zustande gekommen ist. Die Mitteilung hat besonderes Interesse, da sie infolge sehr sorgfältiger Beobachtung, insbesondere auch infolge von Studien, die sich auf den Stoffwechsel und auf die Pigmentationsvorgänge in der Haut beziehen, guten Einblick in die vielfach noch ein wenig geheimnisvollen Vorgänge beim Zustandekommen dieses Krankheitsbildes gewährt.

Kyrle (Wien).

Peiper. Die v. Pirquetsche kutane Tuberkulinreaktion zum Nachweis der Tuberkulose und des Infektionserregers in unsere Kolonien. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. 1914. H. 2. p. 93.

Ausführliche Prioritätsansprüche über eine vom Verfasser angegebene Kontrollmethode zum Nachweis der Tuberkulose. Smilovici (Breslau).

Müller. Ist die kutane Tuberkulinprobe (Pirquetsche Reaktion) als ein brauchbares Hilfsmittel zur Erkennung der Tuberkulose erwachsener Eingeborener anzusehen? Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. 1914. H. 20. p. 690.

Verfasser antwortet mit einem entschiedenen Nein.

Smilovici (Breslau).

Haslund, Poul (†). Über Radiumbehandlung von Lupus vulgaris. Hospitalstidende 1916. Nr. 37. p. 893—909.

Die Radiumbehandlung steht in therapeutischer Wirkung unseren anderen Verfahren wesentlich nach.

Harald Boas (Kopenhagen).

Weinberger, Fritz. Boecksches Miliarlupoid und Tuberkulose. Münch. med. Woch. 1916. Nr. 25.

Weinberger beschreibt einen Fall von Lymphdrüsenschwellungen, der als „aleukämische Lymphadenose" diagnostiziert wurde und der mikroskopisch Übereinstimmung zeigt mit dem Boeckschen Miliarlupoid.

Obwohl die klinische Untersuchung und die diagnostischen Methoden keinen Anhaltspunkt für Tuberkulose boten, rechnet Autor den Fall doch zu Tuberkulose. Es spricht alles dafür, daß das Boecksche Miliarlupoid eine Allgemeinerkrankung von eigenartiger tuberkulöser Natur ist. Die Haut kann befallen oder frei sein.

Verf. rechnet auch den Fall Kuznitzky-Bittorf (siehe Referat!) hieher.

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Strauß, Artur. Über die Behandlung der äußeren Tuberkulose mit Lezutyl und künstlichem Sonnenlicht. Münch. med. Woch. 1916. Nr. 23.



Zunächst beschreibt Verf. einige besonders schwere Lupusfälle, vor und nach der Behandlung abgebildet.

Er hat mit der Vereinigung der örtlichen und allgemeinen Lezutylbehandlung mit künstlichen Sonnenbädern vorzügliche Erfolge erzielt.

Die Auffassung über die Wirkungsweise wird näher beschrieben:

Das Lezutyl enthält Kupfer und dieses, insbesondere in seinen chemischen Verbindungen (Lezithin), bewirkt bei tuberkulösem Gewebe eine fast spezifische Reaktion. Bei den örtlichen Bestrahlungen tritt entzündliche Reaktion ein, während die Allgemeinbehandlungen der gesunden Haut indirekt wirken. Sie wirken um so intensiver, je mehr sie die Pigmentbildung anregen. Es tritt gleichzeitig in den tieferen Schichten Entzündung auf und durch dieses Pigment und Entzündung werden dem Blute Stoffe übermittelt, welche die Heilung befördern. In ihrer Wirkung auf den Organismus äußern sich die Bestrahlungen in einer Anregung der Oxydationsvorgänge. Die Wirkung des Lichtes in Gegenwart von Schwermetallsalzen ist als katalytische aufzufassen. Die Metallsalze wirken als katalytische Sauerstoffüberträger und diese Wirkung wird durch Anwendung des Lichtes gesteigert. Diese Steigerung der Oxydationsvorgänge durch Wechselwirkung von Kupfer und künstlichem Sonnenlicht scheint der Grund dafür zu sein, daß diese Kombination bei äußerer Tuberkulose so erfolgreich ist. Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Königstein, H. Uber Analogien zwischen Granulationsgeschwülsten der Haut. Wiener medizin. Wochenschr. 1916. Nr. 28.

Königstein weist auf die eigentümlichen Merkmale hin, welche die syphilitischen und tuberkulösen Granulome gemeinsam haben. Es gibt papulöse Exantheme, deren Effloreszenzen sich weder makroskopisch noch mikroskopisch von dem Lupusfleck unterscheiden. Der Unterschied zwischen gruppierten Syphiliden und lupösen Veränderungen ist dann verwischt, wenn an bereits vernarbten Stellen syphilitische Effloreszenzen auftreten. Das Erythema indurée hat namentlich in seiner ulzerierten Form die große Ähnlichkeit mit dem Gumma. Die positive Tuberkulinreaktion im syphilitischen Gewebe (Lichen syphilitic) findet insofern eine Ergänzung, als auch lepröses Gewebe gelegentlich diese Reaktion zeigt, während anderseits auch gelegentlich die Wassermannsche Reaktion bei Leprösen positiv ist. Eine Ähnlichkeit zwischen der Tuberkulose und der Lues ist auch darin zu suchen, daß bei beiden Erkrankungen



die Haut auf die Menge des eingeführten Virus mit einer gleichartigen Veränderung antwortet. So steht bei beiden Erkrankungen die Menge des Virus im umgekehrten Verhältnis zu der Schwere der lokal hervorgerufenen Veränderungen. Viktor Bandler (Prag).

Moewes, C. T.-B.-Bazillen im Blut. (II. Mitteilung.) Veröfftl. der Rob. Koch-Stiftung 1916. H. 11/12. p. 138.

Experimentelle Untersuchungen über das Vorkommen von T.-B.-Bazillen im Blut von Meerschweinchen hinsichtlich der Häufigkeit und des Verlaufs dieser Bazillämie. Die Feststellung der Bazillen im Blut erfolgt durch Überimpfung auf andere gesunde Meerschweinchen; in 71% war der Befund im Herz- oder Venenblut positiv.

Fritz Schaefer (Brieg).

Selter, Hugo. Reinfektion und Immunität bei T.-B. Veröfftl. d. Rob. Koch-Stiftung 1916. H. 11/12 p. 105.

Die Reinfektion der Versuchstiere erfolgt ebenso wie die Infektion subkutan, intravenös, intraperitoneal und inhalatorisch. Es zeigt sich oft ein günstiger Einfluß der Reinfektion auf die Stelle des Primärinfektes; bisweilen bleiben auch die Leistendrüsen nach Reinfektionen ziemlich klein. Jedoch läßt sich der weitere Verlauf nicht beobachten, da die Tiere meist an der ersten Infektion sterben. Bewirkt man durch Verwendung älterer Kulturen bei der Erstinfektion eine langsamer verlaufende T.-B., so ist die zweite Infektion meist erfolgreich. Zweckmäßig müßte man erst bei vollständig ausgeheilten Tieren Reinfektionsversuche machen. Verf. behandelt dann das Zustandekommen der Infektion beim Menschen und glaubt die Vorgänge bei der Infektion mit kleinen Bazillenmengen auf die Verhältnisse beim Menschen übertragen zu können und zwar in der Weise, daß Reinfektionen ebenso wirken wie Infektionen. Wiederholte Reinfektion ist daher viel eher die Ursache für das Zustandekommen einer T.-B. als eine Autoinfektion aus alten T.-B.-Herden des Körpers.

Fritz Schaefer (Brieg).

Stetter, Karl. Über die Häufigkeit des Befundes latenter tuberkulöser Herde im Menschen. Baumgartens Arbeiten. 1914. Bd. VIII. p. 155.

Nach Definition des Begriffes der „latenten T.-B.“ geht Verfasser auf die Frage ein, wie deren Häufigkeit festzustellen ist. Die bisher beschriebenen Sektionsergebnisse sind nicht ohne weiters auf die Allgemeinheit zu übertragen, auch schwanken sie bei den einzelnen Untersuchern zwischen 20 und 92% aller Sektionen. Diese be-



trächtlichen Schwankungen liegen einmal an der Verschiedenheit des Sektionsmaterials, vor allem an der differenten Auffassung der Autoren über den Begriff „latente Tuberkulose". — Verfasser hat nur in 27·5% aller Sektionen positive Feststellungen erheben können, glaubt aber gerade sein Material, das aus Stadt- und Landbevölkerung aller Berufs- und Altersklassen gemischt ist, für die Beurteilung der allgemeinen Verhältnisse benutzen zu dürfen. In 75% seiner Fälle sind die Lungenspitzen befallen.

Fritz Schaefer (Brieg).

Mautz, Gertrud. Über den sog. Kochschen Fundamentalversuch als Zeichen der Selbstimmunisierung von Tuberkulose gegen Tuberkulose. Arb. a. d. Geb. d. Path. Anatomie (Baumgarten). Bd. VIII. 1914. p. 186.

Verfasserin kommt bei einer genau nach Kochs Angaben vorgenommenen Nachuntersuchung seines Fundamentalversuches insofern zu abweichenden Ergebnissen, als daß bei Reinfektion eines tuberkulösen Meerschweinchens eine T.-B.-Immunität von ihr nicht gefunden wird. So bemerkt die Verf., daß sich an der 2. Impfstelle ein dem ersten analoger T.-B.-Initialinfekt zeigt, dessen Fortschreiten jedoch die Tiere nicht mehr erleben.

Fritz Schaefer (Brieg).

Klett, Bernhard. Über die Wirkung toter Tuberkelbazillen. Arb. a. d. Geb. d Path. Anatomie (Baumgarten). Bd. VIII. p. 129.

Intravenös oder subkutan werden 12 Kaninchen abgetötete T.-B.-Bazillen vom typus humanus oder bovinus injiziert, deren frühere Virulenz vor der Abtötung am Meerschweinchen und Kaninchen erprobt war. Die Abtötung der Bazillen erfolgt auf möglichst schonende Weise durch Erhitzung der Bazillenemulsion während einer Stunde auf 60° C. Die Sicherheit der Abtötung wird durch Meerschweinchenimpfung mit völlig negativem Resultat gewährleistet.

Weder bei intravenöser (in die Ohrvene) noch subkutaner Injektion der abgetöteten T.-B.-Bazillen trat generalisierte Knötchenbildung oder Marasmus auf. Die anatomischen Veränderungen beschränken sich nur auf Knötchenbildung in den Lungen, in denen — im Gegensatz zur Verwendung lebender Bazillen — diese Knötchen nicht verkästen. Nachdem die Knötchen zwischen dem 11. und dem 21. Tage nach der Injektion den Höhepunkt ihrer Entwicklung erreicht hatten, trat Rückbildung ein. In den Knötchen fanden sich neben T.-B.-Bazillen Epitheloidzellen

und Zellen vom Typus der Langhansschen Riesenzellen; jedoch brauchen diese Erscheinungen nicht auf einer charakteristischen T.-B.-Wirkung zu beruhen, vielmehr finden sich die gleichen histologischen Befunde auch nach Injektionen von anderem organischen Material. Die Verkäsung unterbleibt in allen Fällen. Bei widersprechenden Ergebnissen anderer Untersucher ist die von diesen beobachtete Verkäsung wohl auf embolische Gefäßverstopfung durch zahlreichere Bazillen zurückzuführen, was bei den von anderen verwendeten dickeren Bazillenemulsionen denkbar wäre, oder es könnte sich hierbei um eine Nekrosebildung der in diesen massenhaften T.-B.-Bazillen enthaltenen nekrotisierenden Substanz handeln.

Fritz Schaefer (Brieg).

Selter, Hugo. Infektionsversuche mit kleinen T.-B.-Bazillenmengen mit besonderer Berücksichtigung des Inhalationsweges. Veröffentl. der Rob. Koch-Stiftung. 1916. H. 11/12. p. 86.

Bei Versuchen an Meerschweinchen hat Verfasser folgende Ergebnisse: der intravenöse, subkutane und intraperitoneale Infektionsmodus ist, abgesehen von individuellen Dispositionsverschiedenheiten der einzelnen Tiere, in seiner Wirkung ziemlich gleich; die stärksten Verdünnungen der Bazillenaufschwemmungen bis auf ungefähr 1—2 Bazillen liefern in vielen Fällen eine sehr schwer fortschreitende T.-B., bisweilen aber nur später ausheilende Herde nicht immer an der Eingangspforte, doch meist und am frühesten in der Milz. Die Infektion durch Einatmung (über die Technik vergl. Originalarbeit) ist genau so empfindlich wie die von der Haut aus. Meerschweinchen erkranken bei Ansteckungsgelegenheiten, z. B. in Krankensälen von T.-B.-Patienten sehr leicht spontan. Fritz Schaefer (Brieg).

Haslund, Poul (†). Über die Häufigkeit des Lupus erythematosus auf dem Prolabium und der Mundschleimhaut. Hospitalstidende 1916. Nr. 30. p. 725—734 und Nr. 31. p. 760—773.

Unter 162 Fällen von Lupus erythematosus wurden 19 auf dem Prolabium, 8 auf der Mundschleimhaut gefunden. Speziell wird das Prolabium der Unterlippe angegriffen. Sämtliche Fälle wurden mit Kohlensäureschnee geheilt.

Harald Boas (Kopenhagen).

Lepra.

Perutz, A. Die serologische Untersuchung zweier Leprafälle. Wiener medizin. Wochenschrift. 1916. Nr. 28.



1. Bei der serologischen Untersuchung zweier Leprafälle fiel sowohl die Wassermannsche Reaktion als auch die Herman-Perutzsche Reaktion positiv aus.

2. Das Serum von Leprakranken verhält sich gegenüber der Komplementbindungsreaktion sowohl als auch gegenüber der Präzipitationsreaktion genau so wie das Serum von Syphilitikern.

3. Das unspezifische Resultat beider Reaktionen läßt einen weiteren Schluß auf ihre Arteinheit zu.

Viktor Bandler (Prag).

Dubreuilh und *Bargues*. Die Lepra der Bibel. Lepra. Vol. XV. Fasz. 1. November 1914.

Im ursprünglichen Text des alten Testaments bedeutet das Wort „Zaraath" eine Gruppe unbestimmter kontagiöser Hautaffektionen und die Vorschriften des Leviticus hatten eine medizinisch-hygienische Auffassung. Später nahm das Wort einen bildlichen Sinn an und bezeichnete nur moralische Belastung. Diese schon in den letzten Auflagen des Leviticus sichtbare Umwandlung ist im Talmud vollständig. Die Verwechselung mit unserer jetzigen Lepra ist einem Irrtum des Constantinus Africanus zuzuschreiben. Um die Elephantiasis der Griechen zu bezeichnen, wandte er nämlich das Wort Lepra an, welches Hippocrates und die Autoren der Übersetzung der Siebzig in einem ganz anderen Sinne benutzt hatten.

Reenstierna (Breslau).

Eichmüller, G. Neue Beobachtungen über die Lepra in Tunis. Lepra. Vol. XV. Fasz. 1. Nov. 1914.

Eichmüller berichtet über 20 Fälle von Lepra in Tunis, von denen er selbst 12, sämtliche Lepra tuberosa, untersucht habe. Verf. will mit seinen Zeilen nur die Aufmerksamkeit der Behörden auf die Krankheit lenken.

Reenstierna (Breslau).

Vortisch van Vloten, H. Die Aussätzigen in China. Archiv für Schiffs- u. Tropen-Hygiene. Bd. XX. Heft 6. p. 141. 1916.

Die Arbeit enthält einige interessante ethnologische Beobachtungen des in China wirkenden Verfassers. Therapeutisch bewährte sich ihm Chanlenoogra-Öl (Ol. Gynocardiae) roh oder in Gynokardolkapseln oder als „Aionnie".

Krakauer (Breslau).

Buchanzeigen und Besprechungen.

Franke, Gustav (Berlin). Die Morgagnischen Hydatiden und andere Embryonalreste des Müllerschen Ganges und des Wolffschen Körpers am Hoden und Eierstock. Berlin 1918. S. Karger. M. 9.—. 59 Seiten und 5 Tafeln.

In 30jähriger, 1886 von Georg Lewin angeregter, immer aufs neue aufgenommener Arbeit hat Franke über den kleinen aber embryologisch hochwichtigen Abschnitt der rudimentär gewordenen Reste und Anhangsgebilde der Ei- und Samenleiter ein vollendetes Werk geschaffen. Die Geschlechtsdrüse beider Geschlechter entsteht aus demselben Keimepithel; die männliche Geschlechtsdrüse wird zum Hoden, die weibliche zum Eierstock. Selten sind beide Arten an demselben Individuum zugleich vorhanden (Zwitter), Hoden auf einer und Eierstock auf der anderen Seite, oder in einer zwittrigen Drüse beide vereint, aber stets scharf durch Bindegewebsschicht von einander getrennt. Wolffscher Körper (männlich) sowie Gang (Urniere und Urnierengang) und Müllerscher Gang (weiblich) sind stets, bei beiden Geschlechtern, nebeneinander angelegt und bilden sich im Laufe der Entwicklung zu verschiedenen Organen, einem Hauptorgan und rudimentären Anhängen, aus. Der Wolffsche Körper, der sich mit dem Wolffschen Gange verbindet, bildet beim Manne die Ausführungsgänge des Hodens, die durch den Nebenhoden sich zum Vas deferens vereinigen. Außer diesem funktionierenden männlichen Ausführungsapparat bestehen obere Kanälchen des Wolffschen Körpers (Urnierenkanälchen) weiter, enden blind oder offen auf einer Morgagnischen Fimbrie (deren Entstehung s. u.), oder vereinigen sich mit dem beim Manne rudimentären Müllerschen Gange. Einige können isolierte kurze Kanälchen oder Zysten bilden. Die untersten Kanälchen des Wolffschen Körpers bilden die Vasa aberrantia Halleri. Die alleruntersten Teile bilden die Paradidymis (Giraldèssches Organ) und die akzessorischen Nebennieren. Infolge des Deszensus testiculi liegt dieses Organ aber nicht zu unterst, sondern oben am Kopf des Nebenhodens. Vom Müllerschen Gange (der aus dem Keimepithel entsteht) bleibt beim Manne nur der oberste Teil bestehen, während der untere bis auf kleine Reste zu grunde geht. Der übrig bleibende obere Teil des Müllerschen Ganges liegt auf der Kante des Nebenhodens. Nur kleine Stücke des Ganges restieren, bis 4 *mm* lang, in dieser Kante, zuweilen als sternförmige Zyste. Der obere Rand der Trichteröffnung des Müllerschen Ganges bildet die Morgagnischen Fimbrien am Hoden. Abgesprengte Keimepithelreste wuchern an der Oberfläche des Nebenhodenkopfes aus und bilden die Morgagnischen Zysten oder gestielten Hydatiden. Die Stiele entstehen erst spätfetal oder extrauterin. Diese gestielten Hydatiden nnd die trichter- und fransenförmigen Anhänge des Hodens entstehen aus demselben Keimepithel, aus dem auch der oberste Teil des Müllerschen Ganges entstanden ist. Bei der Frau be-



steht der Müllersche Gang im ganzen weiter, wird zum Eileiter (Tube und öffnet sich zu weitem Trichter, dessen Ränder mit üppigen Fimbrien besetzt ist. Das Keimepithel, aus dem auch der Müllersche Gang entsteht, überwuchert embryonal den oberen Rand des Wolffschen Körpers, bildet sich dann wieder zurück und es entstehen aus den etwa restierenden Keimzelleninseln die gestielten Hydatiden auf dem Rande des Parovariums (Wolffschen Körpers) und den Tubenfimbrien. Der Wolffsche Körper bleibt erhalten und entwickelt sich zum Parovarium (Epoophoron, Rosenmüllersches Organ). Seine Kanäle vereinigen sich zuweilen mit dem Wolffschen Gang, dieser reicht beim Embryo oft bis zum Hymenalrande. Vielleicht sind die Skeneschen Lakunen Reste des Wolffschen Ganges. Verbindungen zwischen Parovarium und Hilus ovarii oder Tube kommen als Hilus- und Tuboovarialkanal vor. Der der männlichen Paradidymis entsprechende unterste Teil des Wolffschen Körpers besteht als Paroophoron weiter.

Die sog. ungestielten Hodenhydatiden sind keine richtigen Hydatiden (keine Bläschen), es ist besser sie Hodenfimbrien zu nennen. Ihr Homologon ist die Pars infundibularis tubae. Die gestielten Hydatiden, die trichter- und fransenförmigen Anhänge an Hoden und Eierstock stammen von versprengten Keimepithelresten, aus dem auch der oberste Teil des Müllerschen Ganges entsteht. Das obere Ende des Wolffschen Ganges und die oberen Kanälchen des Wolffschen Körpers entwickeln sich nie zu gestielten, kolben- oder bläschenförmigen Anhängen.

Pinkus (Berlin).

Varia.

Deutsches Reich. Verordnung zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vom 11. Dezember 1918. Zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten wird verordnet, was folgt: § 1. Geschlechtskrankheiten im Sinne dieser Verordnung sind Syphilis, Tripper und Schanker, ohne Rücksicht darauf, an welchen Körperteilen die Krankheitserscheinungen auftreten. § 2 Personen, die geschlechtskrank sind und bei denen die Gefahr besteht, daß sie ihre Krankheit weiter verbreiten, können zwangsweise einem Heilverfahren unterworfen, insbesondere in ein Krankenhaus überführt werden, wenn dies zur wirksamen Verhütung der Ausbreitung der Krankheit erforderlich erscheint. Ärztliche Eingriffe, die mit einer ernsteren Gefahr für Leben und Gesundheit verbunden sind, dürfen nur mit Einwilligung des Kranken vorgenommen werden. Die Aufbringung der entstehenden Kosten regelt sich nach Landesrecht. § 3. Wer den Beischlaf ausübt, obwohl er weiß oder den Umständen nach annehmen muß, daß er an einer mit Ansteckungsgefahr verbundenen Geschlechtskrankheit leidet, wird mit Gefängnis bis zu drei Jahren bestraft, sofern nicht nach dem allgemeinen Strafgesetz eine härtere Strafe eintritt. Die Verfolgung tritt, soweit es sich um Ehegatten und Verlobte handelt, nur auf Antrag ein. Die Strafverfolgung verjährt in sechs Monaten. § 4. Wer eine Person, die an einer mit Ansteckungsgefahr verbundenen Geschlechtskrankheit leidet, ärztlich untersucht oder behandelt, soll sie über Art und Ansteckungsfähigkeit der Krankheit sowie über Strafbarkeit der im § 3 bezeichneten Handlung belehren. Berlin, den 11. Dezember 1918. Die Reichsregierung: Ebert, Haase. Der Staatssekretär des Innern: Dr. Preuss.



Begründet von H. Auspitz und F. J. Pick.

Referate.

Archiv
für
Dermatologie und Syphilis.

Unter Mitwirkung von

ALMKVIST (Stockholm), AMICIS (Neapel), BETTMANN (Heidelberg), BLASCHKO (Berlin), BRUCK (Altona), BRUHNS (Berlin), BUSCHKE (Berlin), CEDERCREUTZ (Helsingfors), CRONQUIST (Malmö), DOHI (Tokio), EHLERS (Kopenhagen), EHRMANN (Wien), FABRY (Dortmund), FREUND (Wien), FRIEBOES (Rostock), GALEWSKY (Dresden), GIOVANNINI (Turin), GROSZ (Wien), GROUVEN (Halle), HAMMER (Stuttgart), HARTTUNG (Breslau), HAUCK (Erlangen), HELLER (Berlin), HEUCK (München), HOCHSINGER (Wien), JANOVSKY (Prag), JESIONEK (Gießen), JOSEPH (Berlin), JULIUSBERG (Braunschweig), KLOTZ (New-York), KOPYTOWSKI (Warschau), KRZYSZTALOWICZ (Krakau), KYRLE (Wien), LEDERMANN (Berlin), LEWANDOWSKY (Basel), LINSER (Tübingen), LUKASIEWICZ (Lemberg), MAJOCCHI (Bologna), MATZENAUER (Graz), MAZZA (Modena), MEIROWSKY (Köln), MERK (Innsbruck), du MESNIL (Altona), NOBL (Wien), OPPENHEIM (Wien), v. PETERSEN (Petersburg), PHILIPPSON (Palermo), PINKUS (Berlin), POSPELOW (Moskau), PROKSCH (Wien), RIECKE (Göttingen), RILLE (Leipzig), ROSENTHAL (Berlin), SCHÄFFER (Breslau), SCHERBER (Wien), SCHOLTZ (Königsberg), SCHUMACHER II. (Aachen), SCHÜTZ (Frankfurt a. M.), SEIFERT (Würzburg), SPIETHOFF (Jena), STERN (Düsseldorf), TÖRÖK (Budapest), TOMASCZEWSKI (Berlin), TOUTON (Wiesbaden), ULLMANN (Wien), VIGNOLO-LUTATI (Turin), VÖRNER (Leipzig), VOLK (Wien), VOLLMER (Kreuznach), WAELSCH (Prag), v. WATRASZEWSKI (Warschau), WECHSELMANN (Berlin), WINTERNITZ (Prag), v. ZEISSL (Wien), ZINSSER (Köln), v. ZUMBUSCH (München)

und in Gemeinschaft mit

Arndt, Berlin; Arning, Hamburg; Bloch, Zürich; Czerny, Berlin; Finger, Wien; Herxheimer, Frankfurt a/M.; Hoffmann, Bonn; Klingmüller, Kiel; Kreibich, Prag; v. Noorden, Frankfurt a/M.; Riehl, Wien; Veiel, Cannstatt; Zieler, Würzburg

herausgegeben von

J. Jadassohn, Breslau und W. Pick, Wien.



CXXV. Band, 6. Heft.

Wien und Leipzig.
Wilhelm Braumüller,
Universitäts-Verlagsbuchhandlung (G. m. b. H.).
1919.

August 1919



Inhalt:

Sitzungsberichte:

Fachzeitschriften:

Periodische Literatur:

Buchanzeigen und Besprechungen:

Varia:

Vom Archiv für Dermatologie und Syphilis erscheinen jährlich 2—3 Bänd
Preise von je Mk. 50.—. Die einzelnen Hefte erscheinen in zwangloser
72 Bogen bilden einen Band. Kostspielige Tafeln werden einem Bogen
berechnet.

In allen Redaktionsangelegenheiten wolle man sich an Geheimrat Jadassohn (
lau XVI, Maxstraße I) oder Privatdozent Dr. Walther Pick (Teplitz-Schönau,
straße 2) wenden.

Die im Archiv erscheinenden Tafeln werden auch in losen Exemplaren für
jektionszwecke zum Preise von 10—20 Pf. pro Tafel im Abonnement abgeg
Bestellungen durch die Verlagshandlung Wilhelm Braumüller, Wien IX „ Ser
gasse 5.



Archiv für Dermatologie u. Syphilis. Berichtteil.
Bd. CXXV. Heft 6.

Verhandlungsberichte.

Wiener dermatologische Gesellschaft.

(Offizielles Protokoll.)

Sitzung vom 7. November 1918.

Vorsitzender: Groß. Schriftführer: Kerl.

Groß: Nachruf für Lesser.

Riehl: Nachruf für Doutrelepont.

Sachs demonstriert:

1. Zwei Fälle von Acne conglobata. Der eine von diesen zeigt die Erscheinungen bereits in Rückbildung begriffen, es sind nunmehr keloidähnliche Narben zu sehen.

Im ersten Falle waren die Knoten und keloidähnlichen Narben auf der vorderen Thoraxwand lokalisiert, im zweiten Falle sowohl auf der vorderen Thoraxwand als auch auf dem Rücken. Bei dem zweiten Falle finden sich außer Komedonen und Narben nach Akne kutane Abszesse mit lividroter Haut bedeckt, kleinapfelgroß oder nierenförmig; wenn die Haut perforiert, entleert sich ein dünner, gelblicher Eiter, in welchem mikroskopisch hauptsächlich Eiterkörperchen und Diplokokken nachgewiesen werden konnten. An der Peripherie der Abszesse sieht man oft frambösieartige Wucherungen. Die Wassermannsche Reaktion war positiv (Eigenhemmung des Serums). Nach Injektion von 1 *mg* Alttuberkulin war nur an der Einstichstelle eine Reaktion zu konstatieren, nach 5 *mg* an der ersten und zweiten Einstichstelle Rötung und Schwellung und außerdem allgemeine und deutliche Lokalreaktion der einzelnen Knoten und Abszesse. Beim ersten Falle war nach Injektion von 1 *mg* Alttuberkulin weder eine Allgemein- noch eine Lokalreaktion festzustellen.

2. Einen Fall zur Diagnose. Bei dem 42jährigen Patienten finden sich in der Bartgegend Narben nach ausgeheilter Sykosis, in der Mitte der Stirne, an der Stirnhaargrenze ein ungefähr einkronengroßer, gelblichroter, leicht schuppender Herd. Die wesentlichste Veränderung ist oberhalb der linken Ohrmuschel und zeigt einen einkronenstückgroßen, atrophischen Herd, über welchem sich



sichelförmig eine verdickte, gerötete, mit trockenen Schuppen und Krusten bedeckte Hautpartie findet. Die Affektion macht den Eindruck des serpiginösen Fortschreitens. An einzelnen Stellen gewinnt man die Vorstellung, als ob sich einzelne infiltrierte Follikulitiden aneinanderreihen würden, ähnlich wie bei der Folliculitis decalvans; doch ist das Bild ein wenig verwischt. Vielleicht käme mit Rücksicht auf die narbige Ausheilung ein Lupus erythematodes in Frage.

Rusch demonstriert:

1. Einen 13jährigen Knaben, der ebenso wie sein Vater und sein Großvater an Darierscher Krankheit leidet. Die Affektion ist seit wenigen Monaten in Entwicklung. Überdies besteht bei ihm eine Granulosis rubra nasi.

2. Einen 38jährigen Mann mit Lichen ruber acuminatus. Die Affektion zeigt teils flächenhaft sich ausdehnende Veränderungen, besonders am Kopf und an den Extremitäten, an Händen und Füßen teils zerstreut stehende follikuläre Knötchen mit hyperkeratotischen Kuppen.

Nobl demonstriert eine Frühform des Xeroderma pigmentosum. Der Prozeß betrifft ein 23jähriges Mädchen, das seit vier Jahren in Beobachtung des Vortragenden steht und die Zustandskomponenten im Gesicht und an den Handrücken aufweist. Auffälliger sind eigentlich nur dichte Einstreuungen transparenter, linsen- bis bohnengroßer, halbkugeliger Warzen an der Stirne, Wangen, Nasenrücken, Händen. Sonst wechseln in bunter Folge rauhe und atrophische Flecke mit pigmentierten und teleangiektatischen Stellen. Einzelne Keratome sind von Blutbörkchen bedeckt. Im Frühjahr war zu diesen Erscheinungen ein rasch wachsender Knoten an der rechten Temporalgegend hinzugetreten, der im Zentrum zerfiel und zu Nußgröße gediehen, die radikale Aushebung erheischte. Das eingestellte Präparat zeigt die Struktur eines Plattenepithelkrebses, wie solche in der Pathologie des Zustandes vorgesehen sind.

Kren demonstriert eine 37jährige Frau, die eine vor 3 Monaten einsetzende Erkrankung der Handteller und Fußsohlen zeigt, die mit gelblich-roter Verfärbung, ziemlich scharfer Umgrenzung und geringer Schwielenbildung einhergeht. Auch über der Streckseite der Metakarpophalangeal- und Interphalangealgelenke ist die Haut lachsfarben gerötet. Keine Knötchenbildung. Die Fingerkuppen sind in ihrer Hornschicht etwas verdickt und rhagadisiert. Die Patientin empfindet hier ein Gefühl der Taubheit. Differentialdiagnostisch kann Lichen ruber acuminatus und



Arsen-Keratose wohl ausgeschlossen werden, jedoch ist eine sichere Diagnose derzeit nicht zu stellen.

Mayer demonstriert aus der Abt. Prof. Groß:

1. Einen seltenen Fall von Leucoderma psoriaticum. Der Patient kam vor 2 Monaten zu uns mit einer universellen, akut aufgetretenen Psoriasis, die, lediglich mit subkutanen Kakodyl-Injektionen behandelt, ohne jede lokale Anwendung, das Bild eines ausgebreiteten Leucoderma psoriaticum zeigt.

2. Eine ausgeheilte Trichophytia profunda, bei der wir nach der Methode von Klingmüller 3 intramuskuläre 20%ige Terpentinöl-Injektionen verabreichten. Das intensive Nässen, ebenso die ödeniatöse Schwellung haben prompt auf die ersten 2 Injektionen nachgelassen. Gleichzeitig mit diesem Falle haben wir an 40 verschiedene Dermatosen auf gleiche Art behandelt. Wirklich raschen Erfolg sahen wir neben anderen Trichophytien bei Epididymitiden, bei staphylogener Impetigo, wie wir letztere jetzt so häufig nach der Behandlung des Skabies mit Kleczanöl zu beobachten Gelegenheit haben. Auch bei Lymphdrüsenentzündungen konnten wir Rückbildungen konstatieren, sofern sie nicht der Suppuration nahe waren; hingegen hatten die Terpentinölinjektionen bei bereits fluktuierenden Tumoren keinerlei Einfluß. Akute nässende Ekzeme werden günstig beeinflußt, bei Lupus erythematodes war der Erfolg negativ.

Aussprache: Kren möchte sich zu den Terpentin-Injektionen Klingmüllers doch etwas reserviert verhalten. Ganz abgesehen davon, daß ihm diese Therapie nicht ganz gleichgültig erscheint und schmerzhaft ist, so möchte Kren glauben, daß man nicht das Terpentin als Allheilmittel propagieren soll. So lange man auf einfachere und gefahrlosere Weise eine Erkrankung behandeln kann, möchte Kren doch von derlei Mitteln abraten. Abgesehen davon, daß Kren von Klingmüller selbst behandelte Fälle gesehen hat, die nach abgeschlossener Behandlung tiefe, isolierte, harte Knoten oder Rezidiven in Form entzündlicher frischer Knoten gezeigt haben, glaubt Kren auch, daß wir die Mittel unserer alten Wiener Schule, wie heiße Umschläge, Epilation, graues Pflaster, die auch u. zw. sicher zum Ziele führen, nicht einfach über Bord werfen sollen.

Oppenheim. Auf meiner militärischen Abteilung habe ich in vielen Fällen das Terpentinöl in der Vorschrift Klingmüller angewendet bei tieferen und oberflächlichen Trichophytien, bei Abzessen, besonders der Schweißdrüsen der Achselhöhle, bei Furunkulosis etc. In manchen Fällen schien es mir, als würde ein günstiges Resultat erzielt werden. Eine volle Ausheilung einer tiefen Trichophytie konnte ich bisher nicht beobachten und ich mußte die Behandlung mit unseren altbewährten Methoden zu Ende führen. Bei Achseldrüsenabszessen sah ich in einigen Fällen ein überraschend schnelles Zurückgehen, auch sah ich von Klingmüller selbst behandelte Fälle tiefer Trichophytien, die angeblich geheilt entlassen wurden, mit schweren Krankheitserscheinungen. Im allgemeinen möchte ich mich daher vorläufig gegenüber dieser Therapie eher ablehnend verhalten.



Nobl: Ich sehe mich veranlaßt, zur Rettung des Kleczanyöles ein verteidigendes Wort einzulegen, muß aber gleich bemerken, daß ich dasselbe niemals verwendet habe. Ich meine nur, daß die Großzahl tiefknotiger Gesichtsfollikulitiden derzeit in so erschreckender Zahl die Ambulanzen überfluten, daß die gelegentliche Erdölreizung des Gesichts kaum wesentlich an der Vermehrung dieser pyogenen und trichophytären Entzündungsformen Anteil hat. Was die Behandlung dieser Sykosisarten betrifft, so bin ich nie von den altbewährten Richtlinien abgegangen, welche energische Oberflächendesinfektion mit heißen Dauerumschlägen kombinieren. Ätzungen mit konzentrierter Karbolsäure und Heißwasserkompressen sichern zumindest dieselbe prompte Rückbildung als alle neueren und neuesten chemischen und physikalischen Prozeduren.

Riehl erwähnt, daß ihm in den zahlreichen Publikationen über Therapie der tiefen Trichophytie aus jüngster Zeit aufgefallen ist, daß Mittel und Verfahren empfohlen werden, welche in 3—6 Monaten zur Heilung dieser Krankheit führen. Es scheint diesen Autoren unbekannt zu sein, daß die bei uns üblichen Behebungsmethoden die Heilung in ebensoviel Wochen zu erzielen pflegen.

Groß möchte in Ergänzung der Mitteilungen Mayers hervorheben, daß er von den Terpentininjektionen in manchen Fällen recht Günstiges gesehen habe. Ihn habe die Methode aus theoretischen Gründen im Zusammenhange mit der Einverleibung körperfremder Substanzen besonders interessiert. Er habe bessere Ergebnisse als mit den vielgerühmten Milchinjektionen erzielt, auch die lokale Schmerzhaftigkeit sei beim Terpentinöl eine ungleich geringere. Mayer hat bereits erwähnt, daß wir bei der höheren Ortes anbefohlenen Behandlung der Krätze mit Kleczanyöl allerschwerste Reizungen mit universeller Impetiginisation und ausgebreiteter Furunkelbildung auftreten sahen, gegen diese sonst schwer bekämpfbaren Affektionen haben uns die Terpentineinspritzungen und Pinselungen mit einem modifizierten Boeckschen Liniment (Mucilago Cydoniae statt Glyzerin) treffliche Dienste geleistet.

Oppenheim: Meine Resultate der Behandlung mit Kleczanyöl, die ich auf meiner militärischen Abteilung im Vereinsreservespital Nr. I erzielte, waren ebenfalls ganz schlechte. Nicht nur, daß keine Heilung erzielt wurde, so bekamen die Kranken Ekzeme, starke Hautreizungen, Follikulitis, Impetigines, so daß die Patienten nicht nur ihre Skabies, sondern auch sehr unangenehme und langwierige Hauterkrankungen von der Behandlung zurückbehielten. Ich hatte natürlich ein besonderes Interesse daran, die Kleczanykur nachzuprüfen, weil sie ja der von mir empfohlenen, französischen Schnellkur als wirksamer und geeigneter gegenübergestellt wurde.

Kren schien die Behandlung mit Ol. Kleczany niemals sicher wirksam. Die Milbe lebt bekanntermaßen in der Hornschicht, sie unschädlich zu machen, ist vor allem nötig, die Milbengänge mechanisch zu eröffnen; dazu ist der Wilkinsonschen Salbe Kreide beigegeben. Dringt auch das Erdöl in die oberflächlichen Hornschichtlagen ein, so fehlt doch bei dieser Behandlung das mechanische Moment. Es ist deshalb ganz leicht möglich, daß nach Ol. Kleczany Rezidiven vorkommen, von den Reizerscheinungen der Haut in Form der Ölakne gar nicht zu sprechen.

Riehl bemerkt bezüglich der Behandlung der Skabies mit Kleczanyöl, daß er außer einigen Versuchen keine persönlichen Erfahrungen besitzt. Die Anwendung des Petroleums zur Skabiesbehandlung ist schon seinerzeit von Hebra sen. wegen Unverläßlichkeit des Mittels und starker Reizwirkungen als unzweckmäßig bezeichnet worden. Wenn auch bei der Empfehlung des Kleczanyöls die Reizlosigkeit des Mittels hervorgehoben worden ist, haben später Erfahrungen diese Angaben nicht be-



stätigt, was vielleicht darauf zurückzuführen ist, daß dieses Naturprodukt nicht immer in gleicher Qualität zur Verfügung steht. Wir haben in unserem Ambulatorium häufig Gelegenheit gehabt. Skabiesrezidiven nach Behandlung mit Kleczanyöl zu sehen, so z. B. bei Zöglingen eines Waisenhauses, wo seit vielen Monaten die Petroleumbehandlung durchgeführt worden war.

Pick demonstriert einen Fall von Parapsoriasis mit Leukoderm. Die Erkrankung begann Ende Juli an den Oberschenkeln, verbreitete sich dann auf die Unterbauchgegend, später auf die Arme. Zu Beginn waren die Effloreszenzen mehr papulös und verursachten stärkeres Jucken. Sonst keine Allgemeinerscheinungen. Familienanamnese ohne Belang. Am Stamm und den Extremitäten, besonders stark an der Innenseite beider Oberarme, der Streckseite der Oberschenkel und in der Unterbauchgegend findet sich ein Exanthem, bestehend aus zu geringem Teil isoliert stehenden, meist konfluierten, hellroten bis braunroten Flecken, die mit einer feinlamellösen Schuppe bedeckt sind oder im Zentrum glatt und glänzend erscheinen und nur am Rande einen zarten Schuppenfransensaum zeigen. Durch die deutlich ausgeprägte, zigarettenpapierähnliche Felderung der Haut über den Effloreszenzen machen dieselben den Eindruck einer oberflächlichen Atrophie. Besonders dicht erscheinen die Effloreszenzen am Penisschaft und am Innenblatt des Präputiums angeordnet und weisen dort eine tiefdunkle Pigmentierung auf. In den oberen Brustpartien, dort wo die Haut entsprechend dem Hemdausschnitt infolge von Sonnenbestrahlung stark pigmentiert ist, sieht man als Rest früherer Effloreszenzen dunkle, pigmentierte, schuppende Stellen. An den pigmentierten Partien des Halses, besonders am Nacken, sieht man in dichter Anordnung ein kleinfleckiges Leukoderm. Hie und da sind auch dort noch kleine, schuppende, blaßrosa gefärbte Flecke eingestreut und die Entstehung der Depigmentation am Sitze derartiger Effloreszenzen läßt sich sehr schön verfolgen.

Kren fragt, ob der Vortragende Erfolge von Pilokarpin bei Pityriasis lichenoides chronica gesehen hat, wie solche jüngst publiziert worden sind.

Oppenheim demonstriert:

1. Einen Fall von Lichen scrophulosorum ganz eigentümlicher Art. Bei einem 25jährigen blassen Mann finden sich an der seitlichen Brusthaut, auf der Rückenhaut und in der Kreuzgegend scharfbegrenzte, kreuzer- bis flachhandgroße, zumeist ovale, aus hirsekorngroßen, braungelben, follikulär gestellten Knötchen zusammengesetzte Herde, die als gelbliche und gelbbraune, leicht schilfernde



Flecke abheilen. An manchen Stellen sieht man
Fleckenbildung vom Zentrum ausgehend, Jucken
nicht. Die Affektion besteht seit $^{3}/_{4}$ Jahren. Diffe
diagnostisch kam in Betracht eine oberflächliche
phytie, Xanthoerythrodermia Crocker und Liche
phulosorum. Ich entschloß mich zu letzterer Di
wegen des Fehlens von Pilzen, von Jucken und Sch
bildung und wegen der deutlichen xanthoerythrod
ähnlichen Flecken aus den Lichenherden. Die Pir
sche Reaktion, die angestellt wurde, ist sehr stark

Sachs. Die gelblichbraune Farbe der Herde hängt sicher
dem Alter der einzelnen Herde ab.

2. Einen Fall von Dermatitis herpetifo
Duhring, der auf den Abteilungen Riehl, Ehrman
seit 4 Jahren behandelt und hier schon demonstriert
Man sieht den Rücken und die Arme, sowie das
und die Kopfhaut bedeckt mit erythem- und urtika
lichen, kreisrunden und oval begrenzten Effloreszen
deren Peripherie viele Bläschen, Pusteln und Im
effloreszenzen sitzen, sowie Narben und Pigmentier
doch alle in girlandenförmigen und bogenförmigen
angeordnet. Die Therapie, die angewendet wurde, ha
ständig versagt. Patient bekam Neosalvarsaninjek
Seruminjektionen, Chinin, Urotropin, Quarzlicht, Ars
Durch die Schlaflosigkeit kommt Patient sehr herun

Groß empfiehlt intravenöse Chinininjektionen, von dene
ähnlichen Fällen sehr Günstiges sah.

3. Einen Fall, den ich im Frühjahre vorigen
mit der Diagnose Erythema multiforme exsu
vum chronicum recidivans vorstellte, einen
Soldaten betreffend, der vor 2 Jahren nach einer Verk
im Schnee erkrankte und seit dieser Zeit folgende
bietet: Auftreten von Hauteruptionen an den Strec
der Arme und Beine in Form von scharfbegrenzte
themflecken oder derben elevierten gelbbraunen
oder Purpuraeruptionen, zum Teile annulär angeord
gleichzeitigem Auftreten von Schwellungen an Han
Fußrücken, die besonders abends in die Erscheinung
häufig Stomatitiden. Das Interessanteste an dem
heitsbilde sind an Handteller und Fußsohlen befi
schwarze Punkte und Fleckchen in gr
Zahl, besonders an den Fingerspitzen, die sehr sc
haft sind, neben kleinen Bläscheneruptionen. Die sch
Pünktchen und Flecken sind tieferliegende Hämorr
Blut- und Urinuntersuchungen waren negativ, eben
Befund der inneren Organe, auch der bakteriolo

Befund. Der histologische Befund einer exzidierten Papel ergibt Freibleiben des Epithels, dichte entzündliche Infiltrate im Papillarkörper der Kutis und an den angrenzenden Teilen, zahlreiche Mastzellen und Ödem mit Erweiterung der Blutgefäße. Dabei bestand niemals Fieber. Bei der Vorstellung im Frühjahre riet man mir die Behandlung mit Neosalvarsan. Patient hat 15 Neosalvarsaninjektionen bekommen ohne Erfolg, ebenso waren die Behandlungen mit Urotropin, Chinin, Quarzlicht, Chlor-Kalzium etc. ergebnislos.

Sachs. Das chronisch rezidivierende Erythem hat den Charakter eines multiformen und bildet mit der an den Handtellern lokalisierten Purpura und den Gelenkschwellungen eine Série morbide. Bemerkenswert ist allerdings die Lokalisation der Purpura an beiden Handtellern.

4. Ich möchte über einen Fall von Pellagra berichten, der von der Abteilung des Dozenten Dr. Neumann im Wilhelminenspital auf meine Abteilung kam und zugrunde ging und dessen Photographie ich mir zu demonstrieren erlaube. Der Fall betraf einen Soldaten von 35 Jahren, der von der Piavefront kam. Er war hochgradig abgemagert, litt an unstillbaren Diarrhöen, zeigte auch psychische Symptome und einen eigentümlichen Ausschlag an den Handrücken, Fingern und im Gesichte, der jeglicher Therapie trotzte. Die Haut über beiden Handrücken war zum größten Teile abgelöst, das Korium bloßliegend, die Grenze der Ablösung gegen die Finger zu unscharf, die Fingerrücken geschwollen, braun verfärbt, dabei am Handrücken zahlreiche, dicht aneinander liegende Bläschen und auch größere Blasen; die Farbe der umgebenden Haut wechselnd zwischen braunrot, rot und grau, stellenweise zarte, neugebildete Epidermis, die sich aber sehr leicht ablösen ließ. Um die Nase, Oberlippe und Kinn war die Haut blasig abgehoben, an der Nasolabialfalte scharf begrenzt, sonst die Blasenabhebung polyzyklisch konturiert, die Umgebung gerötet, besonders die Nasenspitze und das Kinn selbst stark geschwollen und entzündlich gerötet; in der linken Stirnecke ein umschriebener, unregelmäßig begrenzter, roter Herd. Die Nägel waren frei, die Haare schütter und glanzlos, keine Drüsenschwellung. Patient war stark abgemagert, von sehr blasser Farbe, dabei bestand Ödem der unteren Extremitäten bis zu den Knien und starkes Skrotalödem. Patient stand $^3/_4$ Jahre an der Piavefront und nährte sich fast ausschließlich von Mais. Es ist wohl kein Zweifel, daß es sich in diesem Falle um Pellagra gehandelt hat. Die Sektion ergab keinen besonderen Befund.

Rusch. Fall von Psorospermosis Darier.



Saphier demonstriert mikroskopische Leberpräparate von einem Fall kongenitaler Lues, welche nach modifizierter Levaditi-Methode hergestellt worden sind. Die Präparate sehen bereits makroskopisch anders aus, als die Schnitte nach der Originalmethode. Sie sind hell-rötlichbraun. Mikroskopisch findet man tiefschwarz mit Silber imprägnierte Spirochäten, das Gewebe dagegen ist durchwegs hellgelb. Die Modifikation besteht darin, daß nach der Versilberung das Gewebsstück 24 Stunden mit Ammoniak behandelt wird. Nachher erst wird die Reduktion mit Pyrogallol vorgenommen; anfangs fallen weiße Niederschläge aus dem Gewebe aus, welche einigemale mit destilliertem Wasser abgespült werden, bis die Reduktionsflüssigkeit klar bleibt. Es muß betont werden, daß das Verfahren an derselben Leber mit ebenso günstigem Erfolge wiederholt wurde, während das endgültige Urteil über das Verfahren einer genauen Nachprüfung an reichlichem Material vorbehalten werden muß.

Für das Redaktionskomitee:

Grosz.

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

1917. Heft 4.

Kyrle, J. Beitrag zur Kenntnis der multiplen, unausgereiften Hautneurome. p. 194.

Bei einem 23jährigen Manne fand sich in der Regio mastoidea ein aus kleinen Knötchen zusammengesetzter Herd, die histologisch neurogenes Gewebe zeigten. Es handelte sich um ein faseriges, kernarmes Gewebe, das Bündelbildung zeigt. Die Form und Art der Fibrillen ähneln der Struktur des Nervengewebes, doch ließen sich vollentwickelte Nervenelemente nicht nachweisen; es dürfte sich demnach nur um nicht ausgereiftes, neurogenes Gewebe handeln. Die Geschwülste sind ihrer Herkunft nach mit den echten Recklinghausenschen Geschwülsten identisch.

Bach, F. W. Ein Beitrag zu Brucks serochemischer Reaktion bei Syphilis. p. 204.

Die Reaktion kommt praktisch zur Luesdiagnose nicht



in Frage, da sie bei allen Prozessen, die mit starker Eiterung einhergehen, positiv ist.

Bardach, K. Über die Salpetersäurereaktion auf Syphilis nach Bruck. p. 215.

Eine Übereinstimmung zwischen der W.-R. und der neuen Reaktion ergab sich bloß in 61% der Fälle. Besonders häufig reagierten Tuberkulosen positiv.

Heft 5.

Frieboes, W. Multiples idiopathisches Lymphosarkoma cutis, Sarcomatosis cutis Spiegler und sarkoide Tumoren. Ein klinischer und kritischer Beitrag. p. 257.

In 4 Fällen mit zahlreichen Tumoren der Haut wurde klinisch die Wahrscheinlichkeitsdiagnose Sarcomatosis cutis Spiegler gestellt. In 2 Fällen handelte es sich histologisch um typische Rundzellensarkome, in 1 Fall um multiple Lipome, in 1 Fall um ein knötchenförmiges, zum Teil Erythema induratum-ähnliches Tuberkulom. Ein 5. Fall war ein reines Rundzellensarkom. Bei den Fällen kann man histologisch nicht erkennen, ob es sich um benigne oder maligne — rasch metastasierende — Lymphosarkome handelt. Es müssen

1. primäre solitäre Hautsarkome,
2. primäre multiple Hautsarkome,
3. sekundäre multiple Hautsarkome

unterschieden werden. Dagegen sollten unter dem Namen Sarcomatosis cutis Spiegler nicht Fälle beschrieben werden, die vielleicht klinisch ähnlich sind, aber histologisch keine echten Sarkome sind. Es würde sich auch empfehlen, den Begriff „Sarkoid" aufzugeben; heute sind unsere Kenntnisse so weit, daß man wohl die meisten hiehergehörenden Fälle ätiologisch klären kann. Das Sarkoid bzw. Miliarlupoid Boeck ist als echte Tuberkulose aufzufassen; die von Polland unter der Bezeichnung Sarcomatosis cutis Spiegler beschriebenen Fälle sind tuberkulöser Natur.

Polland, R. Zur Klinik und Ätiologie der Impetigo gangraenosa Kreibich. p. 286.

Es handelt sich um ein selbständiges Krankheitsbild mit typischen klinischen Erscheinungen. Doch gelang es trotz zahlreicher darauf gerichteter Untersuchungen nicht, den Erreger zu finden.

Hoffmann, E. Über Neurinome der Haut (Neurofibrome Recklinghausens, unausgereifte Neurome Kyrles) und ihre Bedeutung für die Nävusfrage. p. 295.



Die Frage nach dem Ursprung der Nävuszellen ist noch immer ungelöst. Es wäre möglich, daß „gewisse zellige Nävi von Nervenmutterzellen herrühren können". Untersuchungen darüber sind im Gange.

Harthausen, H. Pili annulati. p. 298.

Das einzelne Haar sieht einer Perlenschnur ähnlich, da helle und dunkle Partien abwechseln. Das Gesamthaar fällt auf Entfernung durch eine eigentümliche, moiréähnliche Zeichnung auf. Mikroskopisch zeigen sich normale Konturen ohne Knoten und Einschnürungen; die Rindensubstanz ist normal, dagegen sind im Mark längliche, dunkle, spindelförmige Partien in regelmäßigen Abständen zu sehen.

Heft 6.

Polland, R. Zur Klinik der Hautveränderungen bei Pseudoleukämie und bei Mycosis fungoides. p. 321.

Man sollte eine möglichst scharfe Trennung der beiden Krankheitsbegriffe „Mycosis fungoides" und „Pseudoleukämie" vornehmen, um zu erzielen, daß für klinisch einheitliche Symptomenkomplexe möglichst überall in Fachkreisen auch eine einheitliche Namengebung platzgreife. Als Mycosis fungoides sollten nur typische Fälle bezeichnet werden, die zuerst das sog. prämykotische Stadium zeigen, das lange Zeit bestehen bleiben kann. Dann kommt es zu stellenweiser Verdickung der Haut, besonders im Gesicht. Auch dieser Zustand pflegt jahrelang zu dauern, ehe es zur Bildung pilzartiger Tumoren kommt. Histologisch findet man vielerlei Zellen, während bei Leukämie resp. Pseudoleukämie nur kleine Lymphozyten vorkommen. Auch der Blutbefund kann differentialdiagnostisch verwendet werden. Bei der Leukämie kommen keine allgemeinen Hautaffektionen vor; die Tumoren sind kugelig derb, nicht zerfallend; starke Schwellung aller Lymphdrüsen; rascher Verlauf; im Blute starke relative Vermehrung der Lymphozyten. Bei Pseudoleukämie ist der Blutbefund fast normal oder weist eine geringe Lymphozytose auf.

Pontoppidon, B. Über das Vorkommen von Allgemeinerscheinungen, insbesondere Blutveränderungen, bei Lichen ruber planus. p. 341.

Man hat häufig Vergrößerung der Lymphdrüsen, Debilität, Entkräftung, Mattigkeit, Abmagerung, Verdauungsstörungen, Schlaflosigkeit, Kopfschmerz, Veränderungen des Blutbildes beobachtet. Letztere besteht nach P. in einer gewissen Vermehrung der weißen Blutkörperchen (meist Lymphozytose).



Goldmann, R. Pigmentveränderungen der Haut und Haare und Alopekie infolge von Verletzungen des Zentralnervensystems. p. 359.

Kasuistik.

Heft 7.

Herxheimer und *Nathan*. Über Sensibilisierung der Haut durch Karboneol gegenüber Sonnenlicht und eine dadurch bedingte Dermatitis solaris. p. 385.

Wenn Karboneol auf unbedeckte Körperstellen aufgetragen wird, kommt es bei Aufenthalt im Freien bei direktem Sonnenlicht zu Dermatitis solaris. Das Karboneol wirkt höchstwahrscheinlich als Sensibilisator, der erst im Verein mit der Lichteinwirkung zu einer photochemisch bedingten Dermatitis führt.

Kaufmann-Wolf, Marie. Sind Tabiker und Paralytiker infektiös? p. 390.

20 eigene Fälle. 7 davon extramatrimonielle Infektion des Mannes, 6 mal Infektion des Mannes 1 bis $5^1/_2$ Jahre vor der Ehe, 7 mal Infektion des Mannes 6—19 Jahre vor der Ehe. Bei der ersten Gruppe infizierten 5 ihre Frauen, 1 wahrscheinlich. In 4 Ehen der zweiten Gruppe ist ein Beweis für die Infektion der Frau nicht zu erbringen, die 2 anderen Frauen sind infiziert. Bei der letzten Gruppe werden 2 Frauen als infiziert erwähnt. Im allgemeinen kann gesagt werden, daß Übertragungen nach dem 5. Jahre zwar vorkommen, aber selten sind. Dagegen ist kein Fall von Kontaktübertragung durch einen bereits tabisch oder paralytisch erkrankten Patienten bekannt.

Kißmayer, A. Psoriasis bullosa. p. 397.

Kasuistik.

Michael, M. Beiträge zur Kasuistik und Differentialdiagnose seltener frühluetischer und gonorrhoischer Komplikationen. p. 406.

Es wird je ein Fall von Lues I und Magenblutung, Lues I, II mit Icterus syphiliticus und gelber, akuter Leberatrophie, Lues I und Epididymitis syphilitica, Lues I, II mit Typhus oder syphilitische Eruptionserscheinungen. Gonorrhoe mit Prostatitis. Epididymitis, Prostitis gon., gonorrh. Hämorrhoidalentzündung, gon. Abszeß am Darm, gon. Venenthrombose. Urethritis non gon., Arthritis pseudogonorrhoica.

Heft 8.

Herxheimer, K. und *Nathan*, E. Über glyzerinfreie Schüttelmixturen: Cremor Zinci und Lac Zinci. p. 449.



Statt Glyzerin werden Fett oder Paraffin der Zinkoxydsuspension zugesetzt. Die so hergestellten Präparate haben sich bewährt.

Muschter. Über die Verwendung der Ponndorfschen Tuberkulinbehandlung in der Dermatologie. p. 451.

Von 48 so behandelten Fällen reagierten die Tuberkulide am besten; auch bei kalten Abszessen und Fisteln trat Heilung auf. Gut beeinflußt wurden tuberkulöse Gummen, Drüsen und skrophulöse Haut- oder Augenerkrankungen. Weniger gute Erfolge ergaben ulzerierte Skrophulodermen, Tuberculosis cutis und Lupus. Ganz unbeeinflußt blieb offene Tuberkulose der Lungen. Am besten wirkt diese Behandlung dort, wo der Ausgangspunkt der Krankheit nicht in der Haut selbst gelegen und das Hautleiden in direkter Abhängigkeit von dem innern Herd geblieben ist.

Scipal, N. Atrophia cutis maculosa unter dem Bilde einer Dermographia selecta persistens. p. 471.

Seit Kindheit bestehen bei einem jetzt 20jährigen Manne über dem ganzen Körper zerstreute, oberflächliche, atrophische Flecke. Wurde die Haut stark gerieben, so wurden die atrophischen Stellen lebhaft rot; die normale Haut blieb unverändert. Bei stärkeren Reizen kam es im Bereich der Atrophie zu Quaddeln.

Frieboes, W. Haarpinselbildung auf der sonst vollkommen haarlosen Kopfhaut eines kongenital-syphilitischen Kindes. p. 477.

Auf dem völlig kahlen Kopfe eines $^3/_4$ Jahre alten hereditär-syphilitischen Kindes befanden sich 8 unregelmäßig verteilte Haarbüschel von 2—12 *mm* Länge, alle in der Richtung nach vorne und oben. Nach antiluetischer Behandlung schwanden mit dem Heranwachsen normaler Kopfhaare die seltsamen Büschel.

Hesse, M Elephantiasis des Penis. p. 480.

Infolge vernachlässigter Paraphimose kam es zu Lymphstauung, da der Schnürring trotz Nekrose nicht nachgab. Durch die chronische Lymphstauung entstand Elephantiasis.

Lomholt, S. Ein Fall von Akrodermatitis chronica atrophicans (Herxheimer) mit sekundären Infiltrationen und Ulzerationsbildung p. 485.

Ein Fall, bei dem außer den typischen Merkmalen ausgebreitete, fibröse Infiltrate an den Extremitäten und Ulzerationen an den beiden Fußrücken und der inneren Seite

des linken Knies vorkommen. Letztere sind bei dem vorliegenden Krankheitsbilde eine große Seltenheit.

Heft 9.

Ruete, A. E. Beitrag zur Behandlung der Syphilis durch die kombinierte Neosalvarsan-Hg. salicyl.-Kur. p. 513.

Bei Lues I wurde sofort mit 0·3 Neosalvarsan begonnen, bei Lues II vorerst mit Hg. Im ganzen wurden 6, später 8 Neosalvarsaninjektionen und 10 Hg. salicyl-Injektionen (à 0·1) verabreicht. Viermal kam es zu ausgebreiteten Dermatitiden, ein Fall starb. R. wagt nicht zu entscheiden, ob es sich um „eine reine Salvarsan- oder um eine Quecksilber-Dermatitis oder um eine von beiden Mitteln ausgehende Schädigung" gehandelt hat. Bei Fällen mit anfangs negativer W.-R. beobachtete man selten Umschlag zur positiven W.-R. (0·02%). Kranke, die mit einer positiven W.-R. zur Behandlung kamen und ebenso entlassen wurden, gab es 0·2%. Klinische Rezidive kamen besonders bei Fällen von Lues II vor, serologische waren häufiger. Auffällig ist, wie rasch oft die W.-R. nach der Behandlung positiv wird. Es kamen 9 Fälle von Reinfektion zur Beobachtung.

Fönss, A. L. Die Fokalreaktion nach der Tuberkulininjektion beim Lupus vulgaris. p. 533.

Von 32 klinisch unzweifelhaften Lupusfällen zeigten 31 die typische Fokal(-Herd)-Reaktion bei verschiedenen Dosen. Von 2 unsicheren Lupusfällen hatte nur einer typische Reaktion. Auch Schleimhautherde reagierten, wenn auch weniger häufig als Hautherde. Zweimal reagierte nur die Schleimhaut, elfmal nur die Haut. Monoregionäre Fälle reagieren hie und da nicht, polyregionäre weit seltener.

Cronquist, C. Zur Entstehungsweise der Warzen. p. 559.

Bei einem Offizier, der öfters an Warzen litt, entwickelte sich auf Grund einer kleinen Verbrennungsblase eine typische, harte Warze. Vorher war nach einer Impetigo (syphilitica)-Effloreszenz an der Stirne eine typische Warze aufgetreten. Vielleicht kann dies so erklärt werden. daß der an einzelnen Stellen vom Epithel entblößte Papillarkörper die vom Epithel früher in Schranken gehaltene Wachstumsenergie des Bindegewebes wachgerufen wird.

Heft 10.

Pulvermacher, L. Zur Frage des Spätikterus nach Salvarsan. p. 577 u. 648.

Von 558 Syphilitikern, die in gleicher Weise einer kombinierten Hg-Salvarsan-Behandlung unterzogen wurden,



erkrankten 7 (= $1^1/_2$%) an Spätikterus, 1 an Frühikterus. Bei 2 Fällen zeigte sich Ikterus bei reiner Salvarsanbehandlung. Es erkrankten Luetiker aller Stadien, verschiedenen Alters und verschiedener Berufsklassen. Diese Fälle sind „nicht im einseitigen Sinne als „Spätikterus“ nach Salvarsan als von diesem verursacht aufzufassen, sondern in ihrer Häufung und ihrem jetzigen Auftreten durch besondere zeitliche, örtliche und individuelle Verhältnisse mitbedingt, wobei der Salvarsanfaktor bei den komplexen Ursachen des Ikterus als das prädisponierende Moment mitwirken kann“. Die Behandlung mit Hg scheint ohne Einfluß auf die Entstehung des Ikterus zu sein. Auch ist eine Speicherung des Salvarsans resp. des Arsens in der Leber als Ursache eines nach Monaten auftretenden Ikterus nicht nachgewiesen.

Jahnel. Über die Spirochaeta pallida bei der progressiven Paralyse. p. 604.

Ausführliche Darstellung der Technik zur Gewinnung des Materials und Beschreibung verschiedener Formen nebst schönen Photogrammen,

Heft 11.

Friboes, W. Vaseline- und Teerschädigung der unbedeckten und belichteten Körperhaut. Ein Beitrag zum Kapitel: Kriegspräparate. p. 641.

Bei einer Frau mit rezidivierender Neurodermitis faciei kam es nach Anwendung einer 10%igen Tumenolzinkpaste zu einer begrenzten Dermatitis, die sich besonders an Stellen zeigte, die grellerem Lichte ausgesetzt waren. Wenn über die Salbe Ultrazeozon gestrichen wurde, blieb die Haut ungereizt. Als Ursache kommt die photochemisch wirkende Salbengrundlage in Betracht.

Loeb, H. Zum Nachweis der Gonokokken. p. 646.

Die 1% wässerige Methylenblaulösung wird mit der Hälfte bis $^3/_4$ einer 10%igen Natrium hyposulfit-Lösung gemengt; das fixierte Präparat wird einige Sekunden gefärbt. Man kann auch das Präparat mit 1% Methylenblaulösung färben, abspülen und trocknen lassen; dann $^1/_2$ bis 5 Minuten mit 10%iger Natrium hyposulphit-Lösung entfärben und abspülen. Die Färbung ist aber nicht spezifisch.

Heft 12.

Meirowsky. Das Problem der Pigmentbildung im Lichte der neuen Forschungen Blochs und seiner Mitarbeiter. p. 705.

Das Pigment wird im Protoplasma gebildet durch Zusammenwirken zweier Komponenten: der Pigmentvorstufe und dem pigmentbildenden Ferment. Die Vorstufe des Pigments dürfte nach M. ein Eiweißkörper sein, der nicht dem Kern entstammt. Bloch nimmt an, daß die Pigmentvorstufe aus dem Säftestrom als intermediäres Stoffwechselprodukt in die Zelle gelangt und dort zu Melanin verarbeitet wird; das von Bloch sog. Dopaferment dürfte aus dem Kern stammen. Die Dopareaktion ist spezifisch für Zellen des epidermoidalen Basalepithels und der Haarmatrixzellen; mit ihrer Hilfe kann die Frage nach dem Ursprunge gewisser Zellarten gelöst werden (Karzinom-, Nävuszellen u. dgl.). Doch ist die Extraktion der Dopaoxydase aus der Haut noch nicht geglückt. Dagegen dürfte Blochs Anschauung, daß in der Kutis kein Pigment gebildet wird, nicht zutreffen. Ebenso ist die Frage der Beteiligung des Kerns an der Pigmentbildung noch strittig.

Callomon, F. Hauttuberkulose und Tuberkulide bei Heeresangehörigen. p. 716.

Die Zahl echter Hauttuberkulosen und Tuberkulide bei Soldaten ist nicht groß (1½%). Die Beurteilung der Dienstfähigkeit ist von der Aufdeckung der zugrunde liegenden Tuberkulose abhängig.

Pedersen, M. Brun. Ein Beitrag zum Studium der Pathogenese der sekundären Trichophytide. p. 731.

Patienten mit Kerion reagieren auf die Trichophytinreaktion an verschiedenen Stellen der Haut verschieden; konstant positiv findet sich die Reaktion in der Nabelgegend, besonders stark aber in und um die Trichophytinflecken auf der unbehaarten Haut.

Hugo Hecht (Prag).

Dermatologische Wochenschrift.

Bd. LXVI. Nr. 18—26.

Wise, Fred. Prognose und moderne Behandlung der kongenitalen Syphilis. p. 289.

Zusammenfassung der in der Literatur niedergelegten Erfahrungen.

Heim, G. Hautkrankheiten bei farbigen Rassen. p. 302.

Die sehr häufigen Unterschenkelgeschwüre bei Weißen und Farbigen entwickeln sich in alten Narben oder auf luetischer Basis. Sie können auch durch eine Milbenart („Buschmucker", Trombidicum) entstehen, auch nach Ver-

letzungen auftreten. Häufig kommen auch brandige Fußgeschwüre (oft Gasphlegmonen) vor.

Der Sandfloh ruft bei Eingeborenen infolge Vernachlässigung Zellgewebsentzündungen an Zehen und Fußsohlen hervor, die eventuell zur Verstümmelung der Gliedmaßen führen kann. Skabies (Kaskas) ist sehr häufig. Es ist fraglich, ob Skabies und Kaskas identisch sind. Perubalsam und Styrax sind aber bei beiden sehr wirksam. Milben sind selten zu finden. Die bei den Farbigen Kameruns vorkommende Hautkrankheit Kro-Kro scheint kein einheitliches Krankheitsbild zu sein. Urtikaria, Purpura rheumatica, Lichen ruber, Ichthyosis, Alopecia areata, Seborrhoea capitis, Furunkulose kommen verschieden häufig zur Beobachtung. Von Pigmentanomalien kommt Tinea albigena, hervorgerufen durch ein das Hautpigment dauernd zerstörendes Trichophyton vor. Häufig ist Pigmentschwund im Präputialsack. Daneben kommen auch ausgedehnte Pigmentatrophien vor, ferner auch universeller Albinismus. Keloide sind sehr häufig. Noma, Hautkarzinom wurden ebenfalls beobachtet.

Nr. 19.

Fabry, J. Weitere Mitteilungen über Erosio interdigitalis blastomycetica. p. 321.

Bisher 17 Fälle beobachtet, bei welchen der kulturelle Nachweis der Hefen immer gelang, aber nicht immer der Nachweis im Ausstrich. Zur Diagnose genügt aber das charakteristische klinische Bild. Symptome: 1 Lokalisation an den Interdigitalfalten. 2. Die Hautstellen erscheinen tiefrot, wie verbrüht, mit scharfen, weißen Rändern. 3. Die Erkrankung kommt nie an den Zehen oder im Interdigitalraum zwischen Daumen und Zeigefinger vor. 4. Nie Herde am Körper. 5. Häufiger bei Frauen, besonders bei solchen, die viel mit Wasser oder Lauge zu tun haben. 6. Monate- oder jahrelanger Bestand. Heilung durch verdünnte Jodtinktur.

Zeiß, E. Krieg, Geschlechtskrankheiten und Prostitution in ihren Wechselbeziehungen. Kritische Referate. p. 323.

V. Der Einfluß des Krieges auf die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten im Heimatsgebiet.

VI. Maßnahmen gegen die Verseuchung des Heimatsgebietes, besonders zur Zeit der Demobilisierung.

VII. Maßnahmen zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten nach dem Kriege nebst Neuregelung des Prostitutionswesens.

Ausführliche zusammenfassende kritische Referate.

Unna, P. jun. Zur Trichophytiefrage. p. 335.

Bericht über Erfahrungen aus einem Hautlazarett. Als Behandlung bewährte sich am besten Epilation in jedem Falle, bei oberflächlichen Formen Jodtinktur, bei tiefen warme Umschläge mit 2—3% Resorzinlösung.

Zurhelle, E. Über ein Granuloma pediculatum luposum. p. 346.

Hinter dem rechten Ohr der Kranken, die an ausgedehntem Gesichtslupus litt, bestand eine haselnußgroße, von dicken Krusten bedeckte, pilzförmige, gestielte Geschwulst. Die histologische Untersuchung ergab den lupösen Charakter der Geschwulst.

Sprinz. Über Exanthema folliculare acneiforme. Einige Bemerkungen zur Arbeit von v. Veress.

Die Ursache der Erkrankung liegt in mangelnder Hautpflege und Reizungen chemischer Natur (Kriegsseife, schlechter Salbengrundlagen).

Levin, E. Krieg, Geschlechtskrankheiten und Prostitution in ihren Wechselbeziehungen. p. 348.

Schluß der kritischen Referate.

Nr. 21.

Graffenried, C. v. Beitrag zur Frage der mykotischen Dyshidrosis (Kaufmann-Wolf). p. 361.

Die Untersuchungen von Kaufmann-Wolf ergaben, daß ein großer Teil von Dyshidrosisfällen nicht vom Epidermophyton inguinale Sabourauds, sondern von einer ganzen Reihe anderer Hyphomyzetenarten hervorgerufen wird. In 17 Fällen fand sie einen neuen, bisher nicht gezüchteten Pilz. Graffenried berichtet über zwei eigene Beobachtungen. Aus der Bläschenaffektion der Hände ließen sich Pilze weder mikroskopisch noch kulturell nachweisen, dagegen an der Affektion der Füße. Impfversuche mit den Pilzreinkulturen auf durch Umschläge mazerierte Haut ließen dieselbe Erkrankung entstehen mit neuerlichem Pilznachweis. Das Resultat der Tierimpfungen war bisher weniger deutlich.

Nr. 22.

Loeb, H. Leukogen (Höchst), ein Spezifikum gegen Sykosis parasitaria profunda und weitere Erfahrungen über Leukogen. p. 377.

Nicht beendet.



Saudek, J. Über die Behandlung der gonorrhoischen Nebenhodenentzündung mit subskrotalen Injektionen. p. 384.

Die von R. Müller angegebene Injektion von Eigenserum in die Nachbarschaft von Entzündungsherden hat sich auch bei Nebenhodenentzündung als schmerzstillend und resorptionsbefördernd bewährt. Subskrotale und periartikuläre Injektionen von physiologischer Kochsalzlösung in Mengen von 40—60 *ccm* wirken prompt im Sinne einer andauernden Schmerzbehebung. Subskrotalen 1, 2, 5% Jodkalilösungen kommt eine gewisse resorptionsbefördernde Fähigkeit auf entzündliche Infiltrate zu.

Nr. 23.

Antoni. Ein Beitrag zur Diathermiebehandlung der Gonorrhoe. p. 393.

Die Diathermiebehandlung der Gonorrhoe ist eine wesentliche Unterstützung unserer jetzigen Behandlungsmethoden. Voraussetzung ist genaue Indikationsstellung und richtige Beherrschung der Technik. Eine Wirkung der Diathermie bei akuter Gonorrhoe ist zweifellos vorhanden, läßt sich aber noch nicht abschließend beurteilen. Sie beruht auf der durch die gleichzeitige Erwärmung hervorgerufenen Hyperämie. Chronische Gonorrhoe heilt rascher bei Zuhilfenahme der Diathermie, sie unterstützt auch die Behandlung der Tripperkomplikationen.

Loeb, H. Leukogen (Höchst), ein Spezifikum gegen Sykosis parasitaria profunda und weitere Erfahrungen über Leukogen. p. 398.

Unter 8 Fällen von Trichophytia infiltrans wurden 4 durch Injektionen des Staphylokokkenvakzins Leukogen geheilt, ein Fall stand zur Zeit der Publikation dieser Erfahrungen gebessert noch in Behandlung, 2 Fälle entzogen sich nach 8 bzw. 11 Injektionen ungeheilt der weiteren Beobachtung, 1 scheinbar geheilter Fall rezidivierte nach 14 Tagen. Bei 12 Fällen von Sykosis parasitaria profunda konnte in relativ kurzer Zeit ohne sonstige wirksame Behandlung vollständige nahezu reaktionslose Heilung erzielt werden (durchschnittlich 10 Injektionen mit 2000 Mill. Staphylokokken). Ebenso heilten rasch eine Urethritis catarrhalis (postgonorrhoica?), eine Urethritis catarrhalis ohne vorhergegangene Gonorrhoe, eine Urethritis mit gleichzeitigem Nierenschmerz (Pyelitis mit Nierenbeckenerweiterung?)

Fabry, J. J. Doutrelepont.
Nekrolog.



Nr. 24.

Eicke. Wassermannsche Reaktion im Serum des Primäraffektes. p. 409.

Es galt festzustellen, ob im Reizserum des harten Schankers die W.-R. bereits zu einer Zeit auftritt, zu der sie im Blutserum noch vermißt wird. Schankerserum und Blutserum zeigten gleichsinnigen Ausfall. Zwei Ausnahmen, Schankerserum +, Blutserum —, deutet Verf. als unspezifische Hemmungen, hervorgerufen durch den starken Bakteriengehalt dieser Seren. Hiemit ist auch die Tatsache der ungemein häufigen Kontrollhemmungen erklärt. Allerdings ist auffällig, daß diese mit steigender Inkubationsdauer häufiger wird, so daß die Annahme einer spezifischen Komplementbindung durch Serum und die etwa als Antigen fungierenden Spirochäten nicht von der Hand zu weisen ist.

Richter. Zur Behandlung der Bartflechte. p. 413.

1. Oberflächliche Bartflechte: Einpinselung durch 8—14 Tage mit Kal. permang. 50·0, Acid. boric. 30·0, Aq. destill. 1000. 2. Tiefgreifende Bartflechte: Tägliche Pinselung mit obiger 5% Lösung und darauf feuchter Umschlag mit Kal. permang. 2·5, Natr. bicarbon. 10·0, Natr. chlorat. 0·25, Acid. boric. 1·5, Aq. destillat. 1000·0. Heilung in 3—5 Wochen.

Merk. L. Syphilisbehandlung oder Menschenbehandlung. p. 413.

Merk sieht in den Luessymptomen der Haut, Schleimhaut etc. Genesungsbestrebungen des Organismus. Die Behandlung hat erst einzusetzen, bis reichlich derartige Genesungsbestrebungen erscheinen. Man muß den kranken Menschen und nicht den eingedrungenen Krankheitserreger behandeln.

Nr. 25.

Odstrčil, J. Über die provokatorische Wirkung der Joddämpfe als Kriterium der Gonorrhoeheilung und ihre Verwertung bei der Demobilisierung. p. 425.

Joddämpfe haben sich dem Verf. als vorzügliches Provokationsmittel bei chronischer Gonorrhoe erwiesen. Beobachtung von 256 Fällen. In 46% dieser Fälle traten nach 1·5—3% Lapis und Cu-Instillationen Gonokokken auf, bei Verwendung von 1—3% Albargin- oder Protargollösungen in 49%. Benutzte man nach diesen Provokationsmethoden noch Sondenmassage, so wurden noch 44% positiv, nach Vakzineinjektionen noch 56%. Auf Joddämpfe reagierten noch 66% mit neuerlichem Gonokokkenbefund.



Die Joddämpfe wurden mit einem einfachen Apparat appliziert, dessen Einzelheiten im Original geschildert werden.

Nourney. Zur Therapie der Sykosis parasitaria. p. 431.

Zur Behandlung genügen ganz kurze leichte Röntgenbestrahlungen, die unter jeder sichtbaren Reizhöhe stehend, die trophischen Vorgänge des Erkrankungsherdes so beeinflussen, daß die Natur die angeführte Immunitätsheilung selbst vollendet.

Bd. LXVII. Nr. 27—51.

Nr. 27.

Korczyński, L. v. Mitteilungen über Viszeralsyphilis. p. 463.

Nicht beendet.

Kulisch, G. H. Wossidlo.

Nekrolog.

Nr. 28.

Alexander, A. Über Livedo racemosa ohne nachweisbare Lues.

Alexander berichtet über 2 Lälle von Livedo vacemosa, bei denen im Gegensatz zu den Anschauungen Ehrmanns, der als erster Beschreiber dieser Krankheit luetische Ätiologie annimmt, weder Lues vorausgegangen, noch luetische Ausschläge gleichzeitig bestehen oder unmittelbar vorausgegangen sind. Die in beiden Fällen vorgenommene histologische Untersuchung ergab auch keine Anhaltspunkte für Lues. Wahrscheinlich rufen noch andere Noxen, die uns unbekannt sind, das Krankheitsbild der Livedo racemosa hervor.

Korczyński, L. v. Mitteilungen über Viszeralsyphilis. p. 483.

Nicht beendet.

Nr. 29.

Fischer, W. Über mehrfache Querfurchenbildung der Nägel nach Tuberkulininjektionen und bei Malaria. p. 495.

Fischer fand unter 24 Fällen von Malaria dreimal Querfurchenbildung mehrerer Nägel, und fünfmal diese nur auf den Daumen beschränkt, wo sie überhaupt immer am ausgeprägtesten war. In 2 Fällen ließ sich ihr mehrfaches Vorhandensein hintereinander feststellen und man konnte auch aus ihrer Entfernung vom Nagelfalz annähernd die Zeit schwerer Anfälle feststellen. Je nach der Schwere

des Anfalles entstanden nur leichtere Einsenkungen oder bis 1 *mm* breite tiefe rauhe Furchen. Ein Phthisiker zeigte an allen Fingernägeln eine strichförmige dunkelbraune Furche. Dahinter bestanden noch zwei weitere Furchen. Die Entstehung dieser Furchen möchte Verf. mit der Tuberkulinbehandlung des Kranken in Beziehung bringen, die zu vorübergehenden allgemeinen Schädigungen des Organismus führt, wie ja überhaupt derartige Schädigungen Querfurchenbildung der Nägel bewirken (Auftreten nach akuten Infektionskrankheiten).

Korczyński, L. v. Mitteilungen über Viszeralsyphilis. p. 500.

Beobachtungen von 124 Fällen, die 1·7‰ sämtlicher Kranken ausmachten. Am häufigsten waren die luetischen Aortaerkrankungen (74 Fälle = 60·32%). ¾ dieser Fälle lieferte die städtische Bevölkerung, fast die Hälfte stand im 5. Lebensdezennium, ein Fall im 15. Lebensjahr. In 15 Fällen ergab die Anamnese Luesinfektion, in 16 weiteren war sie sehr wahrscheinlich. Die kürzeste Frist zwischen Infektion und Manifestwerden der Aortenlues betrug 3 Jahre, die längste 27 Jahre. Auch bei Aortenlues (wie bei Viszerallues im allgemeinen) fand sich im Blute eine Zunahme der Lymphozyten, besonders der kleinen Formen. Ist W.-R. —, so empfiehlt Verf. mit Donath die Durchführung einer Hg-Kur, da nach dieser W.-R. manchmal + wird. 13 Fälle ergaben das Bild der Mesaortitis simplex, davon hatten 6 Herzbeschwerden. Immer bestanden abnorme akustische Phänomene. Der Blutdruck ist gesteigert. Bei 12 Kranken fand sich daneben Myokardfibrose, bei 13 Nierenentzündung. Bei Mesaortitis gravis sind die subjektiven Beschwerden sehr große, verschieden nach der Lokalisation des Prozesses. 16 Fälle hatten Aorteninsuffizienz. Namhafte Intensität der Aortendämpfung und des Aortaschattens bei gleichzeitiger entsprechend großer Verbreitung derselben hält Verf. als ziemlich charakteristisch für luetische Aorteninsuffizienz gegenüber der rheumatischen. In 6 dieser Fälle bestand abnormes psychisches Verhalten. Bei luetischer Aorteninsuffizienz ist der diastolische Blutdruck wesentlich höher (20—30 *mm* Hg) als bei rheumatischer. Das Verhältnis der letzteren zu den ersteren ist 1 : 4 bis 1 : 5.

Koronarsklerose ist als Komplikation der schwieligen Aortitis sehr häufig. Sie ergreift entweder das Ostium der Koronagefäße oder die Hauptstämme und deren intramuskuläre Verzweigungen. Diese beiden Formen können auch kombiniert sein. Typisch für die Erkrankung ist



Angina pectoris. Die Lebensgefahr ist um so größer, je näher der Aorta das erkrankte Segment der Koronararterien liegt.

Aortenaneurysmen wurden 8 beobachtet (7 Männer) = 10·82% der Fälle von Aortensyphilis. W.-R. immer stark +. Syphilis der Bronchien und Lunge wurde 2mal beobachtet, u. zw. ein Fall von gummöser Bronchitis bei einem 23jährigen Manne (W.-R. +++, Heilung durch Hg, Jod, Neosalvarsan) und ein Fall von luetischer Bronchopneumonie (W.-R. +++, Heilung durch antiluetische Behandlung). 4 Fälle von Leberlues, von denen 2 starben. W.-R. +, Leber sehr schmerzhaft mit unebener Oberfläche, kein Ikterus, namhafter Aszites bei kaum angedeuteter oder ganz fehlender alimentärer Galactosurie. In 3 Fällen kam Gastritis zur Beobachtung, deren luetische Ätiologie sehr wahrscheinlich war. Von luetischen Erkrankungen des Nervensystems wurden 41 Fälle = 33·06% beobachtet u. zw. 24 Fälle von Neurosyphilis (60% Männer, 40% Frauen), bei 7 Kranken (22–45 Jahre alt) bestanden luetische Veränderungen der Hirngefäße, bei 6 meningeale Erscheinungen mit sehr intensiven Kopfschmerzen, Paresen einzelner Hirnnerven. In einem Fall bestand Pachymeningitis cervicalis.

Nr. 30.

Sommerfeldt. Zur Behandlung der Gonorrhoe mit intravenösen Kollargolinjektionen. p. 521.

Erfahrungen an 42 Männern und 10 Frauen u. zw. bei Männern 16 unkomplizierte Anterior, 26 Posterior mit Prostatitis und teilweise Epididymitis. Bei den Frauen fanden sich zweimal Gonokokken nur in der Urethra, in 8 Fällen bestand Urethritis gon. und Zervixgonorrhoe. Die Wirkung der Behandlung war sehr unsicher, die Behandlung ist sicher nicht ganz harmlos (Fieber, Schüttelfrost, Brechneigung nach der Injektion).

Korczyński, L. v. Mitteilungen über Viszeralsyphilis. p. 523.

In 10 Fällen beobachtete Korczyński Rückenmarkssyphilis, in 17 Tabes und progressive Paralyse. Nach den Erfahrungen des Verf. in Bosnien und der Herzegowina ist die Viszeralsyphilis in Bezug auf die Häufigkeit der Lues im allgemeinen eine relativ seltene.

Buschke, A. Edmund Lesser. Nekrolog.

Nr. 31.

Stümpke, G. Günstiger Ausgang einer Encephalitis haemorrhagica nach Neosalvarsan



(Aderlaß, Kochsalzinfusion, Lumbalpunktion). p. 527.

Die Enzephalitis trat 2 Tage nach der 2. Neosalvarsaninjektion (0·6) auf. Im Anschluß an diese Mitteilung berichtet Stümpke über andere Todesfälle nach Salvarsanbehandlung. 2 Fälle waren Encephalitis haemorrhagica, aufgetreten nach der 2. Injektion, in einem 3. Fall lag zwischen Behandlung und Auftreten der Enzephalitis ein Zeitraum von mehreren Wochen. Ein 4. Fall starb während einer Neosalvarsankur an akuter gelber Leberatrophie.

Odstrčil, J. Lusal, internes Antiluetikum. p. 531.

Erfahrungen an 235 Kranken. Dosis 2 Tabletten täglich bis 3 × 3 Tabletten, allmählich steigend. Dauer der Kur 48—60 Tage. Nur 2 mal während der Behandlung Magendruck und Sodbrennen, einmal vorübergehende leichte Albuminurie. Die manifesten Früh- und Spätformen des sekundären Stadiums heilten unter dieser Behandlung, W.-R. wurde in einigen Fällen erst spät —. Von 83 Fällen wurde die W.-R. durch die Lusalkur in 36 = 43·37% —. Die + gebliebenen Fälle wurden dann auch durch Milchinjektionen oder Hg-Injektionen nur zum Teil —. In 15% der beobachteten Fälle von Lues latens mit + W.-R. wurde diese durch Lusal —. Der therapeutische Wert des Lusal gleicht dem der anderen internen Hg-Mittel.

Nr. 32.

Schumacher, J. Zum Albargin-Pyrogallolbild und über Nuklein- und Nukleinsäurereagentien. p. 543.

Verwendet man zur Lösung des Albargin destilliertes Wasser und alkalisiert die Lösung mit Ammoniak, so erhält man nach Reduktion des Eiterpräparates durch Pyrogallol ein klares niederschlagsfreies Bild. Diese Methode ist auch hundertmal empfindlicher. Bereits nach einer Einwirkungszeit von 2' haben die Gonokokken aus einer Lösung von Albargin 1‰ das Silber chemisch gebunden. Daraus ergibt sich, daß prolongierte Injektionen überflüssig sind. Durch Kochen der Eiterausstriche in HNO_3 (5 bis 10 bis 15') verschwindet gleichzeitig mit dem Verschwinden der Farbstoffzellkernfärbung auch erst die braune Färbung des Zellkernes durch die verfeinerte Ammoniak-Albargin-Pyrogallolmethode. Durch das Kochen werden gleichzeitig mit der Nukleinsäureentfernung auch die im Kern vorhandenen sauren Eiweiße entfernt. Das restierende basische Kerneiweiß ist dann noch erhalten und mit Eosin färbbar.

Morrow, H. und *Lee*, A. W. Symptome und Diagnose der Lepra mit Bericht über Krankheitsfälle. p. 546.

Bericht über 13 Fälle, die im Isolationshospital in San Francisco zur Beobachtung kamen.

Nr. 33.

Nobl, G. Originäre Kuhpocke oder Impetigo (Bockhart)? p. 559.

Zusammenfassung: Die an den Händen lokalisierte tiefsitzende Impetigo kann unter Umständen ein Krankheitsbild vortäuschen, das in allen klinischen Wesenszügen der originären Kuhpocke entspricht. Der experimentelle Kornealversuch und die Gewebsuntersuchung ermöglichen die einwandfreie Unterscheidung.

Levin, E. Syphilis erosiva. p. 567.

Die Affektion besteht in oberflächlichen, ganz flachen, meist rundlichen, scharf begrenzten Erosionen mit glattem, bisweilen polyzyklischem Rand und sondert spontan ein wasserklares seröses Sekret mit Spirochaetae pallidae ab. Die Umgebung ist normal. Sie sitzen an den großen Schamlippen und deren nächster Umgebung.

Hofmann, H. Prophylaxe der Gonorrhoe bei Männern. p. 570.

Empfehlung des Delegon. Es sind dies 2% Protargol enthaltende Urethralstäbchen aus einer rasch löslichen Masse.

Nr. 34.

Galewsky und *Weiser*. Weitere Erfahrungen über die Heilung der plastischen Induration des Penis durch Röntgenbestrahlung. p. 575.

Von 12 Patienten wurden 6 geheilt, 4 gebessert, einer fast nicht beeinflußt. Durchschnittlich alle 14 Tage eine Sitzung von 10' Dauer, in der etwa 150 Fürstenaueinheiten verabfolgt wurden. Mittelharte, jedoch nicht extrem harte, homogenisierte Lilienfeldbestrahlung, etwa 12 Wehnelt, 4 *mm* Alumin. Je niedriger das Lebensalter, desto besser die Aussicht auf vollen Erfolg. Die bestehenden Schmerzen verschwanden sehr rasch nach den Bestrahlungen; die Knickung des Penis wurde in allen Fällen beseitigt.

Boas, H. Das Verhältnis der Wassermann-Reaktion bei Syphilis ignorée. p. 582.

Bei 328 Fällen von Syphilis ignorée fand Verf. bei 7 Kranken ausnehmend kräftige Reaktionen. Bei Paralleluntersuchungen von 4112 Syphilisfällen im allgemeinen kam nichts entsprechendes vor. Diese außergewöhnlich kräftigen



Ausfälle wurden bei Pat. mit Knochensyphilis gefunden, welche Erkrankung im ganzen starke Reaktionen gab. Von den 328 Kranken gaben 10 W.-R. —. 8 von diesen 10 hatten kleine lokalisierte Manifestationen auf der Haut oder den Schleimhäuten, einer hatte eine fortschreitende Tabes und einer latente Lues hereditaria ohne aktive Symptome. Der größte Teil der — Fälle fällt auf kutane Lues, die im ganzen verhältnismäßig schwach reagierte.

Nr. 35.

Unna, P. Beitrag zu den strichförmigen und zoniformen Hauterkrankungen. p. 591.

Unna veröffentlicht 6 einschlägige Fälle u. zw. 2 Fälle von verrukösen Linearnävi, einen Fall von linearem, teils lichenösem, teils verrukösem Nävus, einen Fall von weichem, fibromatösem Linearnävus, eine lineare Psoriasis und einen Fall von streifenförmigem bläschenartigem Ausschlag am rechten Oberarm, über dem Schulterblatt, und spiralförmig gedreht, am r. Vorderarm. Auch an der r. Brusthälfte ein ähnlicher Streifen. Endlich besteht auch in der r. Ellbogenbeuge ein gleichartiger rudimentärer Streifen, der über den ganzen Unterarm herabzieht. Die Affektion entwickelte sich bei einem sehr nervösen Gonorrhoekranken innerhalb dreier Tage und war nach dreiwöchentlichem Bestande geheilt.

Müller, E. F. Zur Behandlung chronischer Staphylokokkenerkrankungen der Haut. p. 600.

Empfehlung des Aolan, das aus frischer Kuhmilch hergestellt wird. Der parenteral eingeführte Eiweißkörper besitzt den knochenmarkanregenden Faktor jeder Infektion Wahrscheinlich infolge sehr rascher Abführung von der Injektionsstelle kommt es nicht dazu, Knochenmarkselemente, granulierte Leukozyten, an den Herd der Einverleibung zu ziehen. Daher entstehen dort keine Abszesse. Es wird vielmehr durch den noch bestehenden Reiz der alten Infektion die gesamte neu angeregte Knochenmarksleistung an den infizierten Herd geleitet. Temperatursteigerungen treten nicht auf, dagegen aber Leukozytose. Diese muß vor neuerlicher Injektion abgeklungen sein, da sonst nach der Injektion anaphylaktischer Chok auftreten könnte. Kontraindikationen gegen die Injektion sind an anderer Stelle des Körpers vorhandene Infektionsherde, die durch Zufuhr von Leukozyten und Antikörpern aktiviert werden könnten (Spitzentuberkulose).

Nr. 36.

Ebstein, E. Über das Vorkommen der Flughautbildung beim Menschen. p. 607.

Zusammenstellung der einschlägigen Fälle. Man kann die Flughautbildung nach den Gegenden, in denen sie vorkommen, in folgende Gruppen einteilen: 1. Hals — Pterygium colli. 2. Rumpf — Pterygium axillare, 3. Extremitäten — Pt. digitale, cubitale, popliteum.

Arning, E. und *Jacobsthal*, E. Leitsätze des Ärztekursus über „Erkenntnis und Behandlung der primären Syphilis". p. 614.

Richter, E. Zur Kontraluesinbehandlung im Felde. p. 615.

Die Behandlung der Syphilis mit Kontraluesin hat sich bei klinisch und serologisch gutem Resultat auch im Felde als vollwertig erwiesen.

Nr. 37.

Zumbusch, L. v. Bemerkungen zu dem Aufsatz von Sommerfeldt über Kollargolbehandlung der Gonorrhoe. p. 623.

Zumbusch weist darauf hin, daß die von Sommerfeldt bei Gonorrhoe der Männer beobachtete Erfolglosigkeit der intravenösen Kollargolbehandlung ohne energische Lokalbehandlung in Übereinstimmung steht mit den gleichen Erfahrungen, die Menzi an Zumbuschs Klinik bei der weiblichen Gonorrhoe gemacht hat.

Grabisch, A. Anwendung und Wirkung des Terpentins bei der parenteralen Injektion. p. 624.

Empfehlung der Terpentininjektionen nicht nur bei tiefer Trichophytie, sondern auch bei allen Hauterkrankungen, bei denen es sich um Entzündung mit Exsudation handelt (akute Ekzeme, Dermatitiden, Arzneiexantheme, bei gonorrhoischen Komplikationen, Urtikaria, Strophulus, Erythema exsudativum multiforme, Furunkulose, Pyodermien, Schweißdrüsenabszessen, Pyelitis, Zystitis). Die Wirkung erklärt Grabisch dadurch, daß der Organismus gegen die parenteral einverleibten Stoffe Antikörper bildet, die zwar am besten spezifisch, gegen die gleichen Antigene wirken, aber doch die gemeinsame Eigenschaft haben, in größerem oder geringerem Umfange auch Schutzstoffe gegen alle Dinge zu sein, die in den Körper gebracht, Entzündung hervorrufen.

Notthafft, v. Eine Gefahr der Beratungsstellen. p. 627.

v. Notthafft erblickt die Gefahr der Beratungs-

stellen darin, daß diese den praktischen Ärzten spezialistische Untersuchung und Kontrolle ihrer Kranken gratis zur Verfügung stellen, was eine Schädigung der Spezialärzte bedeutet. Auch Anpreisungen ihrer Tätigkeit, Ärzten und Patienten gegenüber, haben zu unterbleiben.

Nr. 38.

Gross, B. G. Lugolsche Lösung zur Feststellung der Tripperheilung. p. 639.

Empfehlung der Injektion 5—2fach verdünnter Sol. Lugol. zur Provokation. Die Lösung (5 *ccm*) wird in die Harnröhre eingespritzt und ½' darin behalten. Durch allmähliche Steigerung dieser Konzentration wird in den meisten Fällen die Gonorrhoe zur Heilung gebracht. Auch bei Behandlung von nicht gonorrhoischer Urethritis hat sie sich bewährt.

Mense, C. Zur Frage des Exanthema folliculare acneiforme. p. 641.

Mense teilt die Erkrankungsfälle an Exanthema follicularе acneiforme in 2 Gruppen ein: 1. Arbeiter der Rüstungsbetriebe, befallen vorwiegend die Arme. Ursache: Schmieröl. 2. Kranke, die mit Salben eingerieben wurden. Sie ist sehr ähnlich der Knötchendermatitis der warmen Länder, welche nach Einreibungen mit zersetzten pflanzlichen Ölen entsteht.

Bozi. Das Bielefelder Verfahren zur Bekämpfung der Prostitution. p. 642.

Ausführliche Darstellung dieses Verfahrens, dessen Durchführung zum großen Teil in den Händen einer städtischen „Fürsorgerin" liegt, die den Verkehr mit den Behörden vermittelt. Eine ausführliche Dienstanweisung für diese Fürsorgerin sowie Satzungen des Arbeitsausschusses zur Bekämpfung der öffentlichen Unsittlichkeit geben detaillierte Aufklärungen.

Nr. 39.

Riecke, E. Künstliche Querfurchenbildung der Nägel. p. 655.

Im ersten Fall ist das Auftreten der seichten Querfurchen an sämtlichen Fingernägeln mit Ausnahme des Daumens darauf zurückzuführen, daß der Kranke, um Niednägel zu verhindern, sich mit dem Taschenmesser die äußerste Narbe des unteren Nagelfalzes abschnitt und den unteren Nagelfalz zurückschob. Dies bewirkte eine oberflächliche Rhagade in der weichen Zellschicht der proximalen Nagelwurzelteile, die beim Wachstum distalwärts vorgeschoben wird. Die Querfurchenbildung der



Nägel im 2. Fall war auf eine Pulververbrennung, bzw. auf die durch letztere hervorgerufene schwere allgemeine Ernährungsstörung zurückzuführen.

Montgomery, D. W. Beiträge zur Geschichte der Lepra. p. 661.

Historische Zusammenstellung.

Bruck, C. Zur Gonorrhoeprophylaxe. p. 668.

Neuerliche Empfehlung des Kaviblenprophylaktikum.

Nr. 40.

Kreibich, C. Oedema Quincke mit Ausgang in nekrotisierende Entzündung und Atrophie. p. 671.

Bei dem Kranken, der zu Urtikaria neigt, kam es durch äußere Temperatureinflüsse zu Oedema Quincke an den unbedeckten Körperstellen, mit venöser Stase innerhalb der befallenen Partien, blasiger Lockerung der Epidermis. Nach 48 Stunden hatte sich das harte urtikarielle Ödem in ein weiches, eindrückbares, entzündlich exsudatives umgewandelt. Dazu kamen reichliche Blutungen in die Haut mit bleigrauer Verfärbung dieser hämorrhagischen Flächen. Darnach innerhalb dieser Herde Abstoßung der Epidermis mit Hinterlassung einer atrophischen Narbe. Die Ursache der Erkrankung, speziell der Nekrose, sieht Kreibich in einem Innervationseffekt, der weit über das gewöhnliche Maß hinausgeht. Denn nur ein solcher kann die Zirkulation während des anämisierenden Ödems derart schädigen, daß die Zellen nicht mehr zur Norm zurückkehren können, sondern der Nekrobiose verfallen.

Müller, C. Über Haarfärbekunst. p. 674.

Kurze Darstellung der Haarfärbemittel nebst Bemerkungen über die individuelle Reaktion, Mißerfolge und Korrekturen.

Nr. 41.

Šamberger, Fr. Ein bis jetzt unbeschriebenes Symptom der Psoriasis. Ein Schlüssel zu ihrer Pathogenese. p. 687.

Nicht beendet.

Bauer, J. und *Delbanco*, E. Zur Eindämmung der Syphilis. p. 696.

Empfehlung der Anstellung der Wassermannschen Reaktion bei allen Gebärenden, um auf diese Weise latentsyphilitische Frauen und Kinder zu erkennen.

Abelmann, A. und *Lieregang*, R. E. Über die Tiefenwirkung des Trypaflavins. p. 697.

Um die Tiefenwirkung des Trypaflavins annähernd



beurteilen zu können, muß man das Diffusionsvermögen seiner verschiedenen Formen kennen lernen. Es wurden saure und neutrale Lösungen untersucht. Es ergab sich, daß die letzteren etwas weniger weit diffundieren. Durch Sonnenlicht längere Zeit bestrahlte und veränderte Lösungen ergeben keinen wesentlichen Unterschied im Diffusionsvermögen.

Nr. 42.

Unna, P. G. Vergleichende Tot-Lebendfärbung. p. 703.

Die Vitalfärbung hat bisher Wertvolles für das Studium der Gewebsmorphologie bezüglich bestimmter Teile des Nervensystems und einiger Formen der Granula ergeben. Über die Gewebsfunktion hat sie nur Aufschluß im Hinblick auf den Sauerstoffwechsel der Gewebe gegeben (Reduktionskraft der Gewebe im allgemeinen, Fund von Sauerstofffermenten in einigen Granula des Bindegewebes und mancher Drüsen). Die neuen Methoden (Rongalitweiß, Neutralviolett extra), die eigentlich keine Vitalfärbungen im Sinne Ehrlichs sind, ergeben verschiedene Einstellungen bestimmter Farben und Farbenkomplexe auf den Unterschied zwischen totem und lebendem Material. In der tinktoriellen Ausarbeitung dieser Differenz liegt bis jetzt die einzige Möglichkeit, genaueres über die Schwelle zwischen Leben und Tod auszusagen. In dieser Richtung müßte sich die vergleichende Tot-Lebendfärbung weiter entwickeln.

Šamberger, Fr. Ein bis jetzt unbeschriebenes Symptom der Psoriasis. Ein Schlüssel zu ihrer Pathogenese. p. 708.

Die Haut der Psoriatiker reagiert nach den Versuchen Šambergers auf äußere Reize, die bei normalen Menschen Hyperkeratose hervorrufen, mit Parakeratose-Pathogene pyogene Keime vermögen auf der Haut der Psoriatiker nicht jene krankhaften Veränderungen hervorzurufen, wie bei normalen Menschen. Pyogene Mikroben erzeugen bei Nicht-Psoriatikern krankhafte Veränderungen mit Vorliebe an jenen Körperstellen, wo auch die Psoriasis ihre Prädilektionsstellen besitzt. Die Psoriasis ist in ihren allerersten Anfängen eine eitrige Dermatitis. Die Parakeratose verhindert jedoch die Weiterentwicklung dieser in ihrem Wesen eitrigen Dermatitis, so daß ihr mikroskopischer Charakter nicht auch im makroskopischen Aussehen der Effloreszenz zur Geltung kommen kann. Die Parakeratose bestimmt den eigentümlichen Charakter der Psoriasis-



effloreszenz. Sie entsteht infolge der parakeratotischen Diathese des Kranken, dessen Haut auf die verschiedensten Schädlichkeiten mit einer Störung der Keratinisation antwortet. Damit erklären sich einerseits die bisherigen positiven Übertragungsversuche dieser Krankheit auf Psoriatiker, andererseits die Immunität der Haut von Psoriatikern gegen andere Hauterkrankungen, die durch äußere Reize (auch Injektionen mit pyogenen Mikroben) entstehen, da sich dann immer wieder nur Psoriasiseffloreszenzen entwickeln können.

Nr. 43.

Freund, L. Die Röntgenbehandlung der parasitären Erkrankungen des behaarten Kopfes im Kriege. p. 719.

Nach ausführlicher Schilderung des Instrumentariums und der Behelfe bespricht Freund eingehend die Vorbereitungen, die Behandlung, Dosierung und Methodik. Er erblickt in ihr ein vorzügliches Mittel zur Heilung der parasitären Erkrankungen der Kopfhaut in kurzer Zeit (24 Tage). Bezüglich der Einzelheiten sei auf das Original verwiesen.

Nr. 44.

Peller, S. Ultramikroskopische Befunde bei Psoriasis vulgaris. p. 735.

Peller berichtet über ultramikroskopische Befunde im Reizserum von Psoriasiseffloreszenzen, die mit denen von Lipschütz oder v. Prowazek nicht übereinstimmen. Er fand bipolar zugespitzte ovale Körperchen von der Länge eines $1-1^1/_2$ fachen Erythrozytendurchmessers, die in einen sehr feinen Faden auslaufen, ferner Spirochäten, etwa von der doppelten Länge der Pallida, ohne stabile Windungen, das eine Ende stillstehend, das andere sich rasch peitschenförmig bewegend, endlich „Maulbeerformen"-ähnliche und birnförmige Gebilde mit Fäden an Spitze und Basis.

Cronquist, C. Erwägungen über die Versuche, die Gonorrhoe mittels Wärme zu beeinflussen. p. 737.

Nach ausführlicher Zusammenstellung der einschlägigen Literatur kommt Cronquist zu dem berechtigten Schluß, daß lokale Wärmeapplikation auf die kranke Schleimhaut wirkungslos sein muß. Nur allgemeine Temperatursteigerungen (Weiß) oder Erzeugung eines längerdauernden kontinuierlichen Fiebers können Erfolg versprechen. Zu diesem Zweck möchte Cronquist Injektionen von ab-



getöteten Streptokokkenkulturen versuchen, da die Methode Coleys (Streptokokkus + Prodigiosus) unangenehme Nebenwirkungen bei den injizierten Kranken erzeugte.

Nr. 45.

Krzystalowicz, Fr. v. Erfahrungen mit Radiumbehandlung. p. 751.

Die Bestrahlungen wurden entweder als oberflächliche ohne oder mit schwachen Filtern und kurzen Belichtungen (α- und β-Strahlen) oder als tiefe, langdauernde oder öfter wiederholte (harte β- und γ-Strahlen) mit starker Filtrierung ausgeführt. Bestrahlt wurden: 29 Epitheliome, 11 Hauttuberkulosen, 20 verschiedene Angiome, 10 pigmentierte Nävi, 1 Lupus erythematosus, 3 Keloide, 2 Rhinophyme, 1 Lichen ruber corneus, 1 Fall von Verrucae juveniles, 3 Neurodermitis, 2 Akne indurata. Bei Epitheliomen der Schleimhäute war das Resultat ungünstig, sonst waren die Erfolge sehr gut. Die histologische Untersuchung eines mit β-Strahlen belichteten nicht exulzerierten811 Epithelioms ergab, daß die anfängliche Reaktion sich im Bindegewebe, das die neoplasmatischen Epithelzapfen umgibt, abspielt.

Lain, E. S. Strahlende Energie in der Behandlung der Hautkrankheiten. p. 759.

Radium und Röntgenstrahlen haben sich, in richtiger Weise und bei ausgewählten Fällen angewendet, als allen anderen bis jetzt bekannten Heilmitteln überlegen erwiesen.

Buschke, A. Über Abszesse nach intramuskulären Injektionen von Hydrargyrum salicylicum mit verunreinigtem Paraffin. p. 764.

6 Fälle. Die verwendete Injektionsflüssigkeit roch nach Petroleum; sie enthielt ein Gemisch von Paraffinöl und Kampferöl.

Nr. 46.

Nobl, G. Lichen simplex chronicus (Vidal) als Vorläufer neurotischer Alopecie. p. 767.

Mitteilung von 4 Fällen, die sämtlich neuropathisch veranlagte weibliche Individuen betreffen. Im Anschluß an einen spontan abgeheilten Lichen chronicus simplex trat areolierte Alopecie, in einem Fall auch umschriebene Vitiligo auf. In 2 Fällen wuchsen dann wieder Haare nach.

Hesse, M. und *Auer,* A. Eine neue Behandlungsmethode der Bartholinitis. p. 771.

Einspritzung einer 5% Protargollösung in das periglanduläre Gewebe (1—2 *ccm*, Einstich 1 *cm* tief, dicht neben der Mündung des Ausführungsganges). Die darnach auftretende reaktive Entzündung wird durch Umschläge



mit Burowscher Lösung beherrscht. Diese Injektionen können bei ausbleibendem Erfolg mehrmals wiederholt werden. Es muß das ganze periglanduläre Gewebe der chronisch-entzündeten Drüse infiltriert werden. 32 Fälle, von denen bei 26 der günstige Erfolg kontrolliert werden konnte.

Antoni. Zur Behandlung der Trichophytien. p. 775.

Empfehlung des Aolan, einer aus Kuhmilch hergestellten sterilen Eiweißlösung, 10 *ccm* intraglutäal. Mehr als 2 Injektionen sind gewöhnlich nicht notwendig. Keine Allgemeinreaktion.

Nr. 47.

von der Porten, Paul. Tuberculosis cutis ulcerosa serpiginosa universalis. p. 783.

54jährige Frau, seit 3 Jahren bestehend. Unter Röntgenbestrahlung schlossen sich die Geschwüre.

Mc Neil, H. L. Kritische Studien über Wassermann- und Luetinreaktion nach Untersuchung an 500 Fällen. p. 785.

Wassermannsche und Luetinreaktion ergänzen sich in ziemlich wertvoller Weise. In ungefähr $1/3$ der zweifelhaften Wassermannproben war die Luetinreaktion + und in ungefähr der gleichen Zahl zweifelhafter Luetinproben war W.-R. +. Die + Luetinproben stehen in einem gewissen Verhältnis zum Alter der Erkrankung (— bei primärer oder sekundärer Lues), während dies bei W.-R. geradezu umgekehrt ist. Bei stark heruntergekommenen Luetikern war die Luetinreaktion ausnahmslos —, W.-R. +. Eine — Reaktion beider Proben ist für die Diagnose wertvoller als die — Reaktion einer der beiden Proben, jedoch ist die — W.-R. beweisender. Nach Verabreichung von JK wurde die Luetinreaktion auch bei nicht Luetischen +. Die Spirochaeta pallida scheint die Haut in ähnlicher Weise zu sensibilisieren wie JK. Die Luetinprobe ist nicht als spezifische Syphilisreaktion im engeren Sinne anzusehen. Die Wassermannsche Reaktion ist nur bei verläßlicher Technik brauchbar; die + Reaktion ist nur als Symptom und nicht als Diagnose anzusehen.

II. Kriegstagung der Südwestdeutschen und Rheinisch-Westphälischen Dermatologen am 28. und 29. September in Frankfurt a./M. p. 791.

Bericht.

Nr. 48.

Kolle, W. Experimentelle Studien zu Ehr-



lichs Salvarsantherapie der Spirochätenkrankheiten und über neue Salvarsanpräparate. p. 799.

Die von Kolle besprochenen Präparate lassen sich in 3 Gruppen einteilen: 1. Alt- und Neosalvarsan, Hexaminosalvarsan, 2. Arsalyte, 3. Metallverbindungen der Salvarsane, 4. eine neue Reihe von Arsenobenzolen Für praktische Erprobung am Menschen kommen nur die Präparate in Betracht, die keine wesentlich höhere absolute Giftigkeit haben als Altsalvarsan, die einen höheren chemotherapeutischen Index besitzen, ferner Verbindungen, die sonstige praktische Vorteile bieten, z. B. leichte Löslichkeit bei neutraler Reaktion, Haltbarkeit in gelöster Form, mangelnde Oxydation an der Luft. Aus diesen Präparaten heben sich 2 besonders ab, das Silbersalvarsan und die in gelöster Form haltbaren Präparate. Sulfoxylatsalvarsan 1495. Das Silbersalvarsan ist in erster Linie für die Primärperiode und die Frühperiode der sekundären Lues mit manifesten Erscheinungen bestimmt, 6—8 mal 0·2—0·3 pro dosi. Es wird vielleicht in diesem Stadium das Hg ganz entbehrlich machen. Das Präparat 1495 kommt als milderes Präparat für die intermittierende Dauerbehandlung in Betracht. Es wird in 20% blutisotonischer haltbarer Lösung in gebrauchsfertigen Ampullen hergestellt. Es ist ungefährlich, wirkt aber etwas langsamer. Bei Paralytikern machte es auffallend oft W.-R. —. In seiner Wirkung auf die Krankheitserscheinungen ist es dem Neosalvarsan gleichwertig.

Kaufmann-Wolf, Marie. Über Latenzstadien bei einer chronischen Pilzerkrankung. p. 807.

Im Jahre 1914 infizierte sich die Verf. mit dem Pilz, den sie als Erreger der von ihr (Band XXI der dermatol. Zeitschrift) beschriebenen Bläschenerkrankung an Händen und Füßen erkannt hatte. Es traten an der Palma sagoähnliche Bläschen auf, aus denen der Pilz gezüchtet werden konnte. Die Affektion heilte, um seit dieser Zeit alljährlich im Sommer wiederzukehren. Dies läßt sich nur durch ein Aufflackern der bis dahin latenten Affektion erklären, die das bisher symptomlose Vorhandensein der die Krankheit hervorrufenden Pilze in der Haut zur Voraussetzung haben muß.

Guszmann, J. Untersuchungen über die Wirkungen von Milchinjektionen auf den Verlauf des weichen Schankers. p. 808.

Empfehlung der Milchinjektionen bei langwierigen Komplikationen des weichen Schanker (Bubonen, Phimose) sowie bei besonderer Neigung zu peripherem Fortschreiten

des Zerfalles. Heller- bis kronenstückgroße Geschwüre heilen in 2–6 Tagen nach 1—2 Milchinjektionen.

Hofmann, H. Zur Gonorrhoeprophylaxe. p. 813.

Gegenüber dem Kaviblenprophylaktikum Brucks hat Hofmanns Delegon den Vorteil, daß das darin enthaltene Protargol sofort in gelöstem Zustand mit der Schleimhaut in Berührung kommt.

Nr. 49.

Frühwald, R. Über Liquorveränderungen bei Alopecia syphilitica und Leukoderma syphiliticum. p. 815.

Bei 36 Patienten mit Alopecia syphilitica ergab die Lumbalpunktion 21 mal krankhaft veränderten Liquor = 58%. Die relative Häufigkeit veränderter Liquores bei Alopecia syphilitica ist demnach nur um ein geringes größer als bei Spätsekundärlues überhaupt (50%). Andererseits ist aber doch beachtenswert, daß fast die Hälfte der pathologischen Liquores bei rezidivierender Sekundärlues Alopeciefälle betrifft. Von diesen Fällen hatten 17 auch noch Leukoderm. 9 davon wiesen pathologischen Liquorbefund auf; bei 13 weiteren Leukodermen fand er sich 8 mal; zusammen 56·6%. Da in 27% der Luesfälle Alopecie und Leukoderm vorkommen, ergibt sich, daß Alopecie und Leukoderm an den Liquorveränderungen der rezidivierenden Sekundärsyphilis doppelt so häufig beteiligt sind.

Boas, H. und *Wissing,* O. Untersuchungen über die syphilitische Ätiologie der Appendizitis. p. 823.

Die Untersuchung von 67 Patienten mit Appendizitis (Anamnese, klinische und Blutuntersuchung) ergab keine Anhaltspunkte für die luetische Ätiologie dieser Krankheit.

Müller, E. F. Zur Kenntnis der Immunität bei Hautpilzerkrankungen. p. 825.

Die Immunitätsvorgänge bei Hautpilzerkrankungen sind wie bei jeder Infektion Ausdruck der körperlichen Abwehrreaktion. Diese Abwehr entspricht der Intensität der vom Körper aufgenommenen, durch die Pilzinfektion gebildeten Giftstoffe. Sie ist also bei tiefen Formen stärker und deutlicher erkennbar als bei oberflächlichen, jedoch in beiden Fällen vorhanden. Diagnostische und therapeutische Herdreaktionen lassen sich bei der Immunotherapie nur erzielen, wenn eine genügende Verbindung zwischen der Infektion und den Wegen der körperlichen Abwehr (Lymphbahnen usw.) bereits hergestellt ist. Sie entsprechen in ihrer Stärke der anatomischen Tiefe des Infektionsherdes.



Die zur Therapie notwendige Vakzinedosis muß daher größer sein, je oberflächlicher der Pilzherd sitzt. Unspezifisch immunisierende Mittel, wie Aolan, scheinen durch die Möglichkeit höherer Einzelgaben bei oberflächlichen Erkrankungen wirksamer zu sein als spezifische.

Nr. 50.

Wilms. **Die perineale Prostatektomie mit lateraler Inzision.** p. 831.

Diese Operationsmethode, die Wilms ausführlich schildert, ist den anderen an Leichtigkeit und Schnelligkeit der Ausführung überlegen und kommt deswegen gerade bei Kranken mit Lungen-, Herz- und sonstigen Störungen vor allem in Betracht. Erfahrungen an 230 Fällen.

Wise, Fr. **Pityriasis lichenoides chronica.** Klinische und mikroskopische Studien eines irrtümlich als Lichen planus angesprochenen Falles. p. 837.

Die Effloreszenzen der Erkrankung unterschieden sich von denen des Lichen planus, dem sie sonst sehr glichen, durch ihre ovale oder runde Form, die glatte glänzende Oberfläche ohne Dellenbildung. Es fehlten auch Herde an der Mundschleimhaut. Das histologische Bild sprach eindeutig für Parapsoriasis.

Wohlwill, Fr. **Pathologisch-anatomische Veränderungen des Zentralnervensystems bei akquirierter und kongenitaler Syphilis.** p. 843.

Unter 42 Fällen erworbener Lues fand Wohlwill 8 mal endarteriitische Prozesse an den kleinsten Gefäßen und Kapillaren mit geringen herdförmigen Degenerationsvorgängen am eigentlichen Nervenparenchym. (Endarteriitis kleiner Rindengefäße — Nisel-Alzheimer.) Ferner fanden sich chronisch-entzündliche Veränderungen u. zw. Lymphozyten- und Plasmazelleninfiltrate in den Lymphscheiden der Gefäße und insbesonders in der weichen Hirnhaut. In einem Falle fand sich ein kleines Granulom mit spezifischer Gefäßveränderung der Umgebung (miliares Gumma). In keinem dieser Fälle lagen intra vitam Symptome seitens des Nervensystems vor. Bei 21 Fällen kongenitaler Lues waren Veränderungen viel häufiger zu finden u. zw. um so stärker, je jünger das Kind war. Entzündliche Vorgänge kamen nur in der ersten Lebenszeit vor, später Wucherungsvorgänge an der Pia. Auch Entwicklungshemmungen wurden beobachtet (Persistenz vaskulärer und ventrikulärer Keimzentren).



Nr. 51.

Unna, P. G. Neoichthargan. p. 847.

Nach einer theoretischen Einleitung, bezüglich deren Details auf das Original verwiesen sei, faßt Unna die praktischen Eigenschaften und Vorzüge des Neoichthargan zusammen. Ein 2% Unguent. Neoichthargani hat sich als ein sehr mildes Ekzemmittel bewährt, besonders bei trockenen Ekzemen, bei krustösen nach deren Trockenlegung. Es ist auch indiziert bei kallösen Ekzemen und ist ein guter Ersatz für weiße Präzipitatsalbe. Seine Unschädlichkeit und nachhaltige Wirkung empfehlen es zur Behandlung der trockenen Kinderekzeme und zur nächtlichen Behandlung trockener Ekzeme des Gesichtes des behaarten Kopfes, des Bartes und der Schleimhauteingänge. Es verstärkt auch in Mischung mit anderen Ekzemmitteln deren Wirkung (Ung. Hebrae, Zinkschwefelpasta. Ung. praecipit. albi, Ung. hydrargyr. oxydat. fl. etc.). Es ist allein unwirksam bei eitriger Impetigo, Skabies, Pseudoskabies, Pyodermien, Pruritus, Urtikaria.

Kraus, A. Erfahrungen über Milchtherapie bei Hautkrankheiten mit besonderer Berücksichtigung parasitärer Hauterkrankungen. p. 857.

Oberflächliche und tiefe Pilzerkrankungen der Haut reagieren auf intramuskuläre Injektion von Kuhmilch mit einer ausgesprochenen Steigerung der entzündlichen Erscheinungen an Ort und Stelle der Krankheitsherde. Diese Lokalreaktion ist von einer sehr nennenswerten Rückbildung der Krankheitserscheinungen gefolgt.

Ludwig Waelsch (Prag).

Dermatologisches Zentralblatt.

XXII. Nr. 3.

Stern, Carl. Über Trichophytie. p. 33.

Autor suchte bei Beobachtung ausgedehnter Trichophytie-Epidemien die ersten klinischen Erscheinungen zu ermitteln, indem er bei Verdacht auf Infektion auch die klinisch unverdächtigen Stellen mikroskopisch untersuchte. Er fand als Primärerscheinung eine Schuppe oder eine Follikelentzündung und konnte in einem Fall 10 Stunden nach einer erfolgten Übertragung Pilze nachweisen. Behufs Vermeidung der Übertragung in Rasierstuben sollen Personen mit Ausschlägen im Gesicht in öffentlichen Rasierstuben nicht bedient werden. Therapeutisch werden bei



unbehaarten Stellen Pinselungen mit verdünnter Jodtinktur, Epicarinspiritus (20%), Salizylspiritus (2%) etc. bei Waschverbot empfohlen. An behaarten Stellen muß zugleich mit den oben erwähnten Mitteln oder Arningscher Karbolsäureätzung Epilation erfolgen. Hugo Fasal (Wien).

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1916—1917. Nr. 11.

Brocq, L. Allgemeine Klassifikation der Dermatosen. p. 549.

Zurückgreifend auf die Arbeiten von den Jahren 1892, 1903 und 1907 betreffend die allgemeine Fassung der Dermatosen, kommt Verf. in dieser Arbeit nochmals auf seine Auffassung von der Klassifikation derselben zurück und präzisiert seinen Standpunkt näher. Nach Brocq muß man unterscheiden zwischen wahren Krankheitstypen, die sich durch einen bestimmten Symptomenkomplex mit Kenntnis der Ätiologie auszeichnen, wie die Skabies, die Trichophytie, die Lepra, Syphilis usw. und Symptomenkomplexen ohne bekannte Ätiologie wie z. B. die Psoriasis, das Ekzem, die Urtikaria darstellen. Endlich müssen die verschiedenen Hautreaktionen in Betracht gezogen werden, die von dem einen Individuum zum andern wechseln können, sowie die Kombinationen dieser verschiedenen Typen. Ein besonderes Augenmerk sei auf die Autointoxikationen zu richten, die durch mangelhafte Funktion dieses oder jenes Organs zustande kommen. Verf. erläutert seine Ausführungen durch Beispiele aus der täglichen Praxis.

Mallein, Tzank und *Kermorgant.* Über die Neurofixationen. p. 570.

Die Verf. wollen die Neurofixationen getrennt halten von den sog. Neurorezidiven. Sie sollen sich durch folgendes auszeichnen: Wird ein Syphilitiker in frischer sekundärer Eruption nur mit einem Salvarsanpräparat in geringer Menge behandelt, so zeigen sich häufig nach durchschnittlich 6 Monaten Krankheitserscheinungen von Seite der Gehirn- oder peripheren Nerven, des Gehirns oder Rückenmarks, die auf die antiluetische Behandlung nur sehr langsam reagieren. Weder die Syphilis allein noch das As allein können für diese Läsionen verantwortlich gemacht werden, sondern es müsse der Zeitpunkt der Behandlung — beginnendes Sekundärstadium — mit mangelhafter Arsenapplikation seine Bedeutung haben.

Verf. zitieren einige Fälle. Es handelt sich entweder um subjektive Störungen, wie hartnäckige Kopfschmerzen,



Schwindel oder objektive Symptome, wie Erhöhung der Reflexe, leichte tabische Erscheinungen (Romberg, Argyll-Robertson), Zittern, epileptoide Anfälle, Lähmungen usw. Bei der Lumbalpunktion sind stets Veränderungen des Liquors zu konstatieren: Lymphozytose, vermehrtes Albumen, positiver Wassermann. Am konstantesten ist die Vermehrung des Eiweißes.

Verf. wollen wegen dieser Störungen die Arsentherapie keineswegs preisgeben und empfehlen im Gegenteil für die ersten Tage des Schankers bis zum 20. Tag eine energische Salvarsankur, nach dem 20. Tage und im beginnenden Sekundärstadium soll vor dem As ein Hg-Präparat gegeben werden.

Frenkel. Alopecia areata bei Kriegsverletzten, bei denen Röntgenaufnahmen gemacht wurden. p. 578.

Verf. berichtet über 11 Fälle von Alopecia areataähnlichem Haarausfall bei Kriegsverletzten, bei denen wegen einer Augenverletzung durch Geschoßsplitter Röntgenaufnahmen gemacht wurden. Der Haarverlust trat stets am Hinterkopf auf und zwar auf der Seite des verletzten Auges. Manchmal wurde nur eine, manchmal mehrere Aufnahmen gemacht. Die Zwischenzeit von der Aufnahme bis zum Ausfall betrug etwa 2 Wochen. Röntgentechnische Fehler sollen nicht gemacht worden sein. Atrophie der Haut oder entzündliche Rötung bestanden nie. In 2 Fällen trat vollständiger Nachwuchs der Haare in 2—3 Monaten auf und Verf. vermutet, daß auch die anderen Fälle zur vollständigen Restitution geführt haben. Hypothetisch nimmt Frenkel an, es könnte sich um minderwertige Röhren gehandelt haben oder um Überdosierung durch Kumulation.

Nr. 12.

Bonnet, L. M. Klinische Bedeutung der sogen. Stomatitis triangularis oder „nacré“ der Lippenkommissur bei Rauchern. p. 597.

Verf. beschäftigt sich mit einer besonderen Form der Leukoplakie, die ausschließlich an den Lippenkommissuren vorkommen soll, eine dreieckige Form mit der Spitze gegen die Wangenschleimhaut aufweist, von mattweißer Farbe — mit einem Stich in die Farbe der Zwiebelschalen — und sehr dünn ist. Die Läsion wurde schon von Fournier beschrieben und von der wahren Leukoplakie der Syphilitiker getrennt. Um zu beweisen, daß diese Affektion nichts mit Lues zu tun hat, ging der Verf. so vor, daß er alle jungen Leute mit Primäraffekt auf das Vorhandensein

dieser Art Leukoplakie untersuchte und es soll ihm gelungen sein, bei 21 von 80 Patienten, also in 26%, eine ein- oder doppelseitige Stomatitis triangularis commissuralis zu konstatieren, während bei 74 anderen Luetikern vorwiegend im II. und III. Stadium diese Veränderung ebenfalls in 21 Fällen gleich 28% zu finden war. Daraus schließt Verf., daß diese Veränderung bei Nichtsyphilitikern ungefähr gleich häufig vorkomme, wie bei nicht Syphilitischen. Auch die antiluetische Behandlung soll sehr wenig Einfluß auf die Affektion haben.

Diese spezielle Form soll hauptsächlich bei starken Rauchern vorkommen, aber auch bei mäßigen Rauchern zu konstatieren sein und retrospektiv für die Diagnose der Lues keine Bedeutung haben.

Charlet und *Bulliard*. Über 560 in der vorderen Linie behandelte venerisch Kranke speziell im Hinblick auf ihre Entstehung. p. 603.

Verf. haben eine Ambulanz für Venerische in der vorderen Linie geleitet und im Ganzen 560 Kranke behandelt. Davon waren 155 syphilitisch, 333 Gonorrhoekranke und 72 an Ulcus molle leidend. Es wurden 143 in der Front infiziert, während sich 418 ihre Krankheit im Innern, davon 338 im Urlaub holten. Die infizierende Frau konnte nur in der kleineren Zahl der Fälle (25%) eruiert werden, die Mehrheit kannte das infizierende Individuum nicht. Extragenitale Primäraffekte wurden nur zwei beobachtet. Eine sichere nicht venerische Infektion wurde nicht beobachtet, obschon hiezu bei dem engen Zusammenleben der Soldaten Grund genug vorhanden gewesen wäre.

Von 333 Gonorrhoikern litten 106 an Epididymitis. 65% wurden in der Umgebung der Bahnhöfe von Paris infiziert.

Prophylaktisch versprechen sich Verf. am meisten von einer frühzeitigen energischen Behandlung.

Audry und *Azémar*. Über eine eigentümliche Hautatrophie an den unteren Extremitäten nach einer Entzündung. p. 608.

Eine 68jährige Frau zeigt eine ausgesprochene Atrophie der Beine, die bis zur Crista iliaca reicht unter Verschonung der Genital- und Aftergegend sowie der Zehen. Die Haut ist trocken, ohne Transpiration, läßt sich leicht in Falten legen, die bleiben, wie wenn zu viel Haut vorhanden wäre. Die Epidermis ist verdünnt, glatt, glänzend, durchscheinend und rosa verfärbt. Es läßt sich ein stark entwickeltes durchscheinendes Venennetz konstatieren, mit zum Teil kleinen Varizen. Nach oben zu in der Gegend

des 3. Lumbalwirbels ist ein kleiner roter erhabener Rand zu sehen, während an den Füßen der Übergang zur normalen Haut fast ohne sichtbare Abgrenzung hat. Am linken Fußrücken sitzt eine 2-frankstückgroße Ulzeration.

Histologisch konnten die Verf. eine deutliche Atrophie der Epidermis ohne irritative Momente feststellen, während sich in der Kutis neben Schwund der elastischen Fasern deutliche Infiltration, namentlich um die Gefäße herum zeigte. Die Hautdrüsen und Muskeln waren erhalten. Im Bereich des erhöhten Randes war eine starke lymphozytäre diffuse Zellinfiltration nachweisbar ohne Tendenz zur Eiterbildung und ohne spezifischen Charakter. Die Hechtsche Reaktion fiel negativ aus.

Es handelt sich nach den Autoren um eine entzündliche Affektion unbekannten Ursprungs, die sekundär zur Hautatrophie führt und die einen sehr langsamen Verlauf hat, da die Affektion schon vor 20 Jahren ohne subjektive Beschwerden begonnen haben soll.

Max Winkler (Luzern).

Annales des maladies vénériennes.

Juni 1918.

Dreyfuß. I. Syphilisprobleme. p. 321.

Verf. glaubt, gestützt auf die Literaturangaben und eigenen Beobachtungen, daß es eine Syphilis à virus nerveux gebe. Andererseits nimmt er Superinfektionen an und glaubt, daß bei Neuinfektionen im Spätstadium der Lues, das Individuum mit Läsionen reagiere, welche dem entsprechenden Stadium der Krankheit entsprechen. Bei Luetikern, die schon nach 1—2 Jahren post infectionem an Paralyse zugrunde gehen, vermutet Dreyfuß einen vollkommenen Mangel an Immunstoffen, der vielleicht mit einer großen Sittenreinheit der Vorfahren in Verbindung stehen könnte.

Burnier. Spätform von hereditärer Knochenlues und Pagets Krankheit. p. 332.

Fall von hereditärer Lues bei einem 56jähr. Manne. Die Affektion soll im 51. Lebensjahre mit Schmerzen in der linken Tibia angefangen haben, die allmählich zu einer Verdickung des ganzen Knochens führte, ferner zu kleinen verrukösen Auflagerungen auf der Vorder- und Innenseite und zu starker Ausbuchtung nach vorn und Verkürzung um 2 *cm*. Es fand sich indessen keine transversale Abplattung des Knochens. Wassermann positiv. Verf. glaubt,



es könnte sich in diesem Falle um eine „forme fruste" der im Jahre 1876 von Paget beschriebenen Krankheit handeln.

Lévy-Bing und *Gerbay.* Zwei klinische Typen von Primäraffekt am Finger. p. 338.

Zwei Fälle von Primäraffekt am Finger, wobei bei dem einen die geschlechtliche Infektion erwiesen, bei dem andern aber die Infektionsquelle nicht eruierbar war. Bei dem ersten Fall war die Läsion sehr klein, linsenförmig und mit einer dicken Hornschicht bedeckt. Im zweiten Falle war das Ulkus 50-Cts.-Stückgroß, erodiert und induriert. Bei beiden Fällen war der Spirochätenbefund positiv.

Courtade, A. Dialog zwischen einem Arzt und Geschlechtskranken. p. 345.

Um die venerisch kranken Soldaten mit ihrem Leiden und den Gefahren, die damit verbunden sind, genauer bekannt zu machen, und so das Pflichtgefühl gegen die Mitwelt zu stärken, greift Verf. zu einer neuen originellen Methode. Er läßt einen Arzt Zwiegespräche mit einem Gonorrhoiker, einem Luetiker und einem Ulcus molle-Kranken halten, wo durch Fragen und Einwendungen bei dem Leser allmählich ein anschauliches Bild dieser Krankheiten ausgelöst wird.

Juli 1918.

Lévy-Franckel. Keratodermia gonorrhoica. p. 385.

Fall von Gonorrhoe mit folgendem Verlauf: 26. November urethrale Infektion mit positivem Gonokokkenbefund. Um den 9. Dezember herum Rheumatismus mit Fieber, der ungefähr einen Monat dauerte. Ende Dezember Beginn der Hauteruption in Form von rupiaartigen Effloreszenzen an den unteren Extremitäten mit einer diffusen Verhornung an den Fußsohlen wie bei einer Keratodermia arsenicalis. Am Penis fand sich eine Effloreszenz vom Charakter eines krustösen Schankers. Keine Drüsenschwellungen. Die Affektion machte anfänglich den Eindruck einer sekundären Lues. Das Fehlen der Drüsen, das ausschließliche Befallensein der unteren Extremitäten und die negative Wa.-R. ließen die Diagnose Lues ausschließen.

Nach 6 Injektionen des Vakzins von Nicolle und Blaizot verschwand das Exanthem, was den Verf. ihre Diagnose auf eine gonorrhoische Hautinfektion zu bestätigen scheint.

Gougerot und *Clara.* Arteriitis obliterans mit Gangrän der Füße in Form von Anfällen. Segmentäre Endo- und Periphebitis der Extremitäten. p. 389.

27jähriger Mann litt seit dem Jahre 1913 an leichten

vaskulären Störungen (Kältegefühl, vollständige Unempfindlichkeit beider Füße. Am 15. Dezember 1915 stärkere Erkältung der Füße. Ende Dezember Arteriitis subacuta des linken Fußes mit intensiven Schmerzen und Temperaturen von 38—39°, die Ende Februar bis auf 40° stiegen. Zu jener Zeit obliterierte die Arterie und führte zur Gangrän der großen linken Zehe. Rechter Fuß frei. Zu gleicher Zeit zeigte sich eine subakute Nephritis mit Aluminurie und Hämaturie. Am 1. April Amputation der linken großen Zehe. Im Mai kleines Rezidiv, das zur Amputation der unteren Hälfte des Metatarsus I führte. Sehr langsame Heilung. Im Dezember 1915 nach einer Erkältung Beginn der Affektion am rechten Fuße mit denselben Erscheinungen wie links, aber ohne Fieber und ohne Nephritis. Es kam im Verlaufe der Jahre 1916 und 1917 zu mehreren gangränösen Stellen am Fuß mit unerträglichen Schmerzen und ernsten Allgemeinerscheinungen, so daß im Juli 1917 der linke Unterschenkel im unteren Drittel amputiert werden mußte. Zu gleicher Zeit wie die Arteriitis an den Füßen bestand, traten an den unteren und oberen Extremitäten segmentäre Endo- und Periphlebitiden auf, die innerhalb von 15—20 Tagen wieder zurückgingen. Zur Zeit der Jodmedikation kam es auch zu Purpura der unteren Extremitäten. Auf der Haut bestand von Kindheit an eine Dermo-Epidermitis streptococcica. Wa.-R. war bei mehrfachen Untersuchungen negativ. Die intensiv durchgeführte antiluetische Kur mit allen Specifica ergab keinen Erfolg.

Diese Beobachtung scheint den Verf. dafür zu sprechen, daß es eine Arteriitis im jugendlichen Alter gibt, die nicht auf Syphilis beruht. Was in diesem Falle die Ursache der Krankheit war, können sie nicht entscheiden.

Lévy-Bing, *Gerbay* u. *Dagnan-Bouveret*. Die intralumbalen Novarsenobenzolinjektionen bei der nervösen Syphilis. p. 401.

Bei einem 36jährigen Manne mit Meningitis syphilitica, die sich in Form von Kopfschmerzen, Lymphozytose und positiver Wa.-R. in der Zerebrospinalflüssigkeit äußerte, wurden innerhalb 18 Tagen 7 Dosen à je 0·6 Novarsenobenzol intravenös injiziert, total 4·2 *g* und sehr gut vertragen. Nachher applizierten die Autoren dem Pat. 2 intralumbale Novarsenobenzolinjektionen von 0·005 und 0·01, ohne außergewöhnliche Reaktionen. Nach einer 3. intralumbalen Injektion von 0·02 traten nach der gewöhnlichen Reaktion wie vorher allmählich motorische Störungen in den Beinen auf, die zur vollständigen Paraplegie führten. Nach 2 Monaten keine Besserung.



Nach dieser Erfahrung raten die Verf. von einer regelmäßigen Behandlung der Nervenlues durch intralumbale Novarsenobenzolinjektionen ab. Bei kleinen Dosen seien sie ohne große Wirkung, bei großen Dosen gefährlich.

August 1918.

Montpellier. Veränderungen der Zerebrospinalflüssigkeit im Verlaufe der Syphilis bei den Eingeborenen Algiers. p. 449.

An Hand von 30 Fällen von Lues bei den Muselmannen, die im Text kurz resümiert sind, kommt Verf. zum Schlusse, daß die Veränderungen der Zerebrospinalflüssigkeit bei den Eingeborenen Algiers im Verlaufe der Lues ebenso häufig vorkommen wie bei den Europäern. Bei Ausbruch der Allgemeinsymptome im Sekundärstadium sei die Meningealreaktion fast konstant. Die häufigste Veränderung sei die Zunahme des Albumins; dieses Merkmal sei zuerst zu konstatieren. Allmählich nehme dann die Reaktion ab, um im III. Stadium fast ganz zu verschwinden, die Fälle von Tabes, Hemiplegie, Meningomyelitis natürlich ausgenommen. Was die subjektiven Symptome betrifft, wie Kopfschmerzen, Schwindel usw., so müsse man darnach suchen, da die Eingeborenen bei ihrer Indolenz gegen die Schmerzen deswegen nicht zum Arzte gehen.

Duret. Nachweis und rasche Dosierung des Arsens und Hgs im Urin. p. 460.

Verf. beschreibt eine Methode des raschen qualitativen und quantitativen Arsennachweises und kommt zum Schlusse, daß das As nach Novarsenobenzolinjektionen langsam durch den Urin ausgeschieden werde. So sollen Patienten, die 2·55 *g* Novarsenobenzol bekommen haben, in 28 Tagen nur ein Fünftel des injizierten As ausgeschieden haben.

In gleicher Weise wird auch eine Methode des qualitativen und quantitativen Hg-Nachweises beschrieben.

Levy-Bing, Gerbay und *Haag.* Der Einfluß des Antigens auf den Termin des Erscheinens der positiven Wa.-R. bei Lues I. p. 469.

Verf. bringen den Nachweis, daß zwei Antigene, die anscheinend völlig gleiche Resultate bei einer kleinen Zahl von Untersuchungen geben können, bei einer größeren Zahl von Untersuchungen in ihren Resultaten variieren, das auch in Fällen, bei denen die Antigene in ganz gleicher Weise hergestellt wurden und die völlig gleiche Eigenschaften zu zeigen scheinen. Das erkläre die Ungleichheit der Reaktionen, die in verschiedenen Laboratorien erzielt

werden, auch wenn die Wa.-R. nach den gleichen Methoden und von kompetenten Untersuchen gemacht werde.

September 1918.

Gougerot. Die Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten vor und nach der Propagandatätigkeit. p. 513.

Verf. macht auf den Unterschied aufmerksam, der zwischen dem amerikanischen und französischen System der Prophylaxe besteht. Während die Amerikaner moralische Propaganda betreiben und die Soldaten von der offiziellen und klandestinen Prostitution abzuhalten suchen, sowie den Hauptwert auf die obligatorische individuelle Prophylaxe vor und nach dem Verkehr in obligatorischen Fürsorgestellen legen, wird von den Franzosen hauptsächlich die Assanierung der Prostitution angestrebt. Gougerot glaubt, daß die beiden Methoden am besten kombiniert werden. Durch die stete Kontrolle und Behandlung der Prostituierten werden eine gewisse Zahl von Infektionsquellen eliminiert, andererseits propagiert Verf. die individuelle Prophylaxe ante et post coitum. Nur durch einen unerbittlichen Kampf, an dem Ärzte, Verwaltungsbeamte, Philanthropen, Journalisten usw. teilnehmen, werden die prophylaktische Erziehung gefördert und damit die Geschlechtskrankheiten vermindert.

Malherbe, H. Seltener Fall von syphilitischer Ansteckung. p. 555.

Ein 65 jähriger Mann wird von seiner 70jährigen Geliebten, die vor 50 Jahren eine Lues hatte, luetisch infiziert, nachdem er 30 Jahre lang mit ihr verkehrt hatte, ohne infiziert worden zu sein. Während die Lues beim Manne manifest im II. Stadium vorhanden war, konnten bei der Frau keine Symptome entdeckt werden. Die Wa.-R. wurde verweigert.

Verf. nimmt an, daß der Mann durch das Blut der Frau infiziert worden sei, da es bei einem der letzten Verkehre zu einer abundanten Blutung bei der Frau gekommen sein soll, die durch die Atresie der senilen Vulva bedingt war. Das führe zum Schlusse, daß ein Syphilitiker sein ganzes Leben lang gefährlich bleibe.

Oktober 1918.

Gougerot. Die Behandlung der mittellosen Venerischen auf dem Lande. p. 577.

Da mit der Demobilmachung und dem regen Verkehr der Urlauber in der Heimat mit einer starken Zunahme



der Geschlechtskrankheiten auf dem Lande zu rechnen ist, macht Verf. Vorschläge, wie auch den Bedürftigen auf dem Lande am rationellsten eine spezielle Behandlung zuteil werden kann. Neben dem Ausbau der während des Krieges geschaffenen, mit den Hauptzentren verbundenen Fürsorgestellen empfiehlt er die Gratisbehandlung durch herumfahrende Spezialisten eventuell in Verbindung mit einem Zahnarzte, die das nötige Material zur Diagnose und Behandlung mit sich führen. Die Behandlung hätte auf Staatskosten zu geschehen. Auch der Landarzt kann durch bessere dermatologische Ausbildung oder nach Instruktion durch den Spezialisten zur Behandlung herangezogen werden. Die Sache erfordere ein Zusammenarbeiten der ärztlichen mit den Zivilbehörden unter Wahrung des Berufsgeheimnisses. Durch die Presse müsse das Verständnis für die Wichtigkeit der Behandlung der venerischen Krankheiten und deren Möglichkeit in den weitesten Kreisen geweckt werden.

Lévy-Bing und *Gerbay*. Über zwei Fälle von syphilitischer Elephantiasis der Genitalien. p. 600.

Verf. haben zwei Fälle von Elephantiasis der Genitalien beobachtet. Beim ersten Falle war die elephantiastische Wucherung auf das Skrotum beschränkt mit Ödem des Pubis. Sie trat im Anschlusse an zwei Primäraffekte am Skrotum auf. Wa.-R. positiv. Auf antiluetische Behandlung Heilung. Im zweiten Falle handelte es sich um einen 22jährigen Senegalesen, der eine typische Elephantiasis am Penis und Skrotum aufwies bei Abwesenheit jeder anderen syphilitischen Läsion. Für Filiaria bestanden keine Anhaltspunkte. Wa.-R. deutlich positiv. Auf die spezifische Kur Heilung. Verf. glauben, daß es sich in diesem Falle um eine syphilitische Lymphangitis gehandelt habe, die zur elephantiastischen Wucherung geführt habe, die auf die Genitalien beschränkt blieb.

Thielemans. Fall von schwer diagnostizierbarem Ulcus molle. p. 610.

30jähriger Mann, der an rezidivierendem Herpes genitalis litt, ätzte seine herpetischen Läsionen mit einem Alaunstein. Es traten dann mehrere Geschwüre auf, wovon das eine im Sulcus coronarius sehr derb infiltriert und leicht erhaben war. Die Affektion machte den Eindruck eines Ulcus durum. Es trat keine Roseola auf, wohl aber eine entzündliche Drüse in der Leiste und nach Heilung der Ulzera ein neues Geschwür am Frenulum. Verf. stellt die Diagnose auf durch Alaun induriertes Ulcus molle.



Die mikroskopische Untersuchung und die Wa.-R. konnten aus äußeren Gründen nicht gemacht werden.

November 1918.

Carle. Bedeutung der Bordet-Wassermannschen Reaktion für die Frühdiagnose der Lues. p. 641.

Verf. hatte an 22 nicht behandelten Fällen von Lues I die Gelegenheit, durch Feststellung des Infektionstermins die Resultate von Levy-Bing und Gerbay nachzuprüfen. Er fand die kritische Zeit etwas verlängert gegenüber den erwähnten Autoren. Die deutlich positiven Reaktionen traten erst am 48. bis 49. Tage nach der Infektion auf. Später wurden die positiven Reaktionen zur Regel. Nach Verf. muß aber schon jede unvollständige Hämolyse vom 30. bis 38. Tag post infectionem Verdacht erregen. In 8 von 10 Fällen wird die 8—14 Tage später ausgeführte Reaktion positiv ausfallen. Das ist nach Carle ein Beweis für die frühzeitige Generalisierung der Lues.

Das ist besonders wichtig in Fällen, wo eine mikroskopische Untersuchung nicht möglich ist: entzündliche Phimose, Chancre mixte, negativer mikroskopischer Befund bei klinischem Verdacht usw. Verf. warnt davor, diese Angaben als absolut gesicherte Tatsachen hinzunehmen, da es eben bei jeder medizinischen Methode Ausnahmen gebe, auch wenn sie sehr exakt ausgeführt sei.

Gougerot. „Adnexfürsorgestellen." Notwendigkeit der Verbesserung derselben. Notwendigkeit der gesetzlichen Regelung. p. 650.

In seinem unermüdlichen Kampfe gegen die Geschlechtskrankheiten macht Verf. in dieser Arbeit weitere Vorschläge zur Verbesserung der Filialen der Fürsorgestellen. Die Filialen sollen in den wichtigeren Städten und in Arbeiterzentren errichtet werden. Um eine einheitliche Aktion zu schaffen, müsse der antivenerische Kampf in den Wirkungsbereich des Chefs dieser Hilfsfürsorgestellen gelangen. Ihm sollen obliegen die Konsultationen, die ambulante Behandlung, die Spitalbehandlung der Prostituierten und nicht prostituierten Venerischen, der Kampf gegen die klandestine Prostitution, das Aufdecken der Infektionsquellen, die Propagandatätigkeit. Er soll gewissermaßen der technische antivenerische Adjunkt der Präfekten und Gemeindepräsidenten sein. Der Chef der Fürsorgestelle müsse die nötige Vorbildung besitzen und sich durch ein Examen auf seine Fähigkeit prüfen lassen.

Um den Pat. nicht moralisch zu schaden, müsse die venerische Konsultation immer im gleichen Gebäude mit



der allgemeinen Poliklinik abgehalten werden, und zwar sollen sie vom allgemeinen Arzt in ein zweites Zimmer gewiesen werden, wo der Spezialist tätig ist.

Die Lokale, das nötige Laboratorium, Instrumentarium und Medikamente müssen gratis zur Verfügung gestellt werden. Daneben soll ein Zahnarzt und geschultes Pflegepersonal zur Verfügung stehen. Endlich müsse der gleiche Kampf auch auf dem Lande organisiert werden.

Für all dies verlangt Verf. gesetzliche Bestimmungen, da man stets mit einem Widerstande von Seite der Gemeindebehörden rechnen müsse.

Carle. Zu dem seltenen Falle einer syphilitischen Übertragung. p. 692.

Carle äußert sich zur Mitteilung von Malherbe, betreffend die Übertragung der Lues durch eine 70jährige Frau auf ihren 64jährigen Liebhaber. Verf. ist bezüglich der Angaben dieses Liebhabers etwas skeptisch und es scheint ihm die Übertragung durch das Blut nach 50 Jahren etwas zweifelhaft. Da Carle stets den jungen Leuten ältere Prostituierte zur Befriedigung ihrer sexuellen Bedürfnisse empfohlen hat, so läßt er sich auch durch diesen einen Fall in seiner Ansicht, daß die älteren Prostituierten, die alle luetisch sind, doch die Jugend viel weniger gefährden, als die jugendlichen, nicht beirren. Wenn eine jugendliche Prostituierte in ein Bordell komme, sei mit Sicherheit darauf zu rechnen, daß sie in den ersten drei Monaten luetisch infiziert sei.

Dezember 1918.

Gougerot. Versuch einer verbesserten Reglementierung der Prostitution während der Übergangszeit. p. 705.

Referat folgt später, da die Fortsetzung der Arbeit im folgenden Heft kommt.

Milian. Riesenulcera mollia des Fingers und der Hand. p. 743.

Verf. beobachtete bei einem 26jährigen Manne 3 große Ulcera mollia, von denen 2 am linken Mittelfinger und das 3. am linken Handrücken lokalisiert waren. Zuerst soll das Geschwür am Nagelglied aufgetreten sein, es saß am Nagelfalz. 7 Tage später trat ein gleiches Geschwür an der Basis des linken Mittelfingers auf und erreichte allmählich die Größe eines Fünffrankstückes. Nach wenigen Tagen drittes Ulkus auf dem linken Handrücken von Frankstückgröße. Zuerst soll sich eine Abszedierung gebildet haben, die vom Arzte inzidiert wurde, worauf sich dann die Geschwüre



bildeten. Sämtliche Geschwüre wiesen erhabene unterminierte Ränder auf und waren auf leichteste Berührung sehr schmerzhaft. Sie verliefen mit starker ödematöser Schwellung der Hand, leichten Temperatursteigerungen, Schwellung der Axillardrüsen, die ziemlich derb wurden. Ferner zeigten sich auch kleine Drüsen auf der linken Halsseite und eine Schwellung der linken Tonsille ohne Belag. In den Ulzera konnte Verf. den Ducreyschen Bazillus nachweisen.

Therapeutisch sollen sich namentlich heiße Handbäder und Wickel mit Kal. permang. 1 : 2000 als wirksam und schmerzstillend erwiesen haben. Zur Bekämpfung der anfangs bestehenden Schlaflosigkeit mußte Chloral intern verabreicht werden.

Verf. glaubt, daß von der Primärläsion am Nagelgliede aus die übrigen Ulzera auf dem Lymphwege zustande gekommen seien. Die ganze Dauer der Affektion betrug 75 Tage. Max Winkler (Luzern).

Geschlechtskrankheiten.

Nicht venerische Erkrankungen der Harn- und Geschlechtsorgane.

Lohnstein, H. Die deutsche Urologie im Weltkriege. Geschlechtskrankheiten. Zeitschr. f. Urol. Bd. X. 1916. p. 228.

In dem Sammelreferat werden die großen Gefahren besprochen, welche durch die Geschlechtskrankheiten als Volkskrankheit dem allgemeinen Wohle zumal in Kriegszeiten drohen; es werden die verschiedenen Wege, den Infektionen entgegenzutreten, aufgezählt und besprochen. Verf. berichtet alsdann über günstige Resultate bei Behandlung der komplizierten Gonorrhoen mit Arthigon- und Milchinjektionen. Silberstein (Breslau).

Lohnstein. Zur Hochfrequenzbehandlung von Papillomen in der Nähe des Orificium internum vesicae. Zeitschr. f. Urol. Bd. IX. 1915. p. 161.

Die durch Einführung der Hochfrequenzbehandlung der Blasentumoren wesentlich vereinfachte Technik der endovesikalen Therapie hat Verf. bei papillomatösen Wu-



cherungen angewandt, die in einer geringen Entfernung vom Orificium internum sitzen und vermöge ihrer Lokalisation den gebräuchlichen Instrumenten nicht recht zugänglich sind. Er benutzt für die Besichtigung der dem Orificium internum zunächst gelegenen Partien des Blasenhalses das retrograde Zystoskop nach Schlagintweit, dem er eine zweite Vorrichtung angefügt hat, welche es gestattet, eine durch den Ureterkanal des Zystoskopes zu führende Hochfrequenzsonde in der Weise umzulegen, daß auch sie retrograd in der Richtung auf den Untersucher oder auf die Objekte, welche zwischen ihr und dem Untersucher liegen, zustreben. Silberstein (Breslau).

Pfister. Über das organische Gerüst der Harnsteine. Zeitschr. f. Urol. Bd. IX. 1915. p. 41.

Nach Lösung von Harngries in Salzsäure bzw. Kalilauge wurde derselbe zum Zwecke der histologischen Untersuchung fixiert, gehärtet und in Zelloidin eingebettet. In einigen Körnern wurden Bilharsiaeier gefunden; bei allen aber war eine feinmaschige Gerüstsubstanz zu sehen, welche stellenweise noch Kristalle von Harnsäure enthielt. Von den Steinen enthielt einer Oxalate, seine Peripherie war in 25%iger Kalilauge löslich, ein zweiter im Zentrum Urate und Phosphate, in der Peripherie Phosphate, in 50%iger Salzsäure löslich, ein dritter Oxalate im Zentrum, in der Peripherie Oxalate und Phosphate, letztere löslich in 50%iger Kalilauge, das Zentrum in 100%iger Salzsäure. Die histologische Untersuchung des Gerüstes führt zu der Ansicht, daß bei dem Bau desselben verschiedene Bildner tätig sein können: Fibrin, Schleim, Blut, Bakterien, Eiter u. a.

Silberstein (Breslau).

Lichtenstern, Robert. Mit Erfolg ausgeführte Hodentransplantation am Menschen. Münch. med. Woch. 1916. Nr. 19.

Die Transplantation von Hoden beim Menschen ist eine mit Erfolg ausführbare Operation. Alle Folgen des Verlustes beider Hoden lassen sich durch die Transplantation beseitigen. Der Erfolg der Operation bzw. der Wiederherstellung des durch die totale Kastration teils geschädigten, teils verminderten Geschlechtscharakters somatischer und psychischer Art ist ausschließlich der innersekretorischen Tätigkeit der eingepflanzten männlichen Pubertätsdrüse zu verdanken. Durch dieses Ergebnis sind die bezüglichen tierexperimentellen Befunde auch beim Menschen einwandfrei bestätigt. Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Sauer, Willibald. Enuresis und Hypnose im Felde. Münch. med. Woch. 1916. Nr. 3.



Sauer hat eine ganze Reihe von Leuten, die an Enuresis litten, im Felde durch Hypnose geheilt. Er empfiehlt dieses Verfahren als das einzig wirksame.

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Schahl, Alfred. Ein Beitrag zur Kenntnis der sog. Fettsteine der Harnwege. Inaug.-Diss. Straßburg 1916. (Mit einer Tafel.)

Ein 45 Jahre alter Mann hatte sich wegen Harnverhaltung selbst sondiert und dabei ein Fett, das er für Schweineschmalz hielt, zum Einfetten des Katheters benützt. Wegen zunehmender zystitischer Symptome sucht er die Klinik auf. Die Untersuchung der Blase mit der Steinsonde ergibt keinen Anhaltspunkt für das Vorhandensein eines Fremdkörpers in der Blase. Bei der Zystoskopie erblickt man in der in Rückenlage des Patienten am höchsten stehenden Partie der vorderen, ventralen Fläche der Blase ein etwa haselnußgroßes, längliches, sphärisches Gebilde; dasselbe wird, in Anbetracht seiner Lage, seiner weißen Färbung und feinhöckrigen Oberflächenbeschaffenheit als ein Phosphat-Konkrement angesprochen, welches der vorderen Blasenwand adhärent ist und wird mit einer vor 15 Jahren (angeblich wegen Blasensteins) durchgemachten Sectio alta in Zusammenhang gebracht.

Der nunmehr durch eine neue Sectio alta entfernte Fremdkörper erweist sich als ein in der Blasenkuppe ganz frei schwimmendes, walzenförmiges Fettgebilde, von der Größe einer kleinen Dattel, welches sich ganz dünn mit einer Phosphatschicht überzogen hat.

Die genauere chemische Untersuchung des Gebildes ergibt, daß es sich in der Hauptsache um Paraffin handelt; Fett ist nur in Spuren vorhanden.

Im Anschluß an diese Beobachtung gibt Sch. eine Beschreibung der 11 bis jetzt in der Literatur bekannten Fälle von Urostealithen. Von diesen 11 Konkretionen bestehen 2 aus echten Fetten; bei den übrigen 9 ist eine chemische Analyse zum Teil derart mangelhaft (oder fehlt überhaupt), daß man keinen bestimmten Schluß auf die Zusammensetzung der Konkremente ziehen kann; bei zweien davon ist sicher Paraffin nachgewiesen. Sonst wird Siegellack, Schellack, Wachs oder Verunreinigungen, die beim Gebrauch des Katheters oder der Spritzen in die Blase gelangt sind, als Kerne der Konkremente angegeben.

Unter den 2, aus echten Fetten bestehenden Gebilden wurde das eine im Nierenbecken gefunden. Dieser Fall ist der einzige, der mit Sicherheit für das Vorkommen von Fettsteinen angeführt werden darf, deren



Fett aus dem menschlichen Organismus stammt. Es ist nebenbei bemerkt auch der einzige Fall von den 11, welcher eine Frau betraf.

Uber die Herkunft des Fettes und die Entstehung von Fettsteinen dieser Art äußert sich Sch. folgendermaßen:

Das Fett muß im Harne vorhanden sein. Die Möglichkeit der Bildung einer Konkretion ist aber in diesem Falle nur dann gegeben, wenn bei fetthaltigem Urin (Lipurie, Chylurie) ein Gerüst oder eine Stützsubstanz vorhanden ist, an welche sich das flüssige Fett anlagern kann. Als solche kommen in Betracht: abgestoßene Epithelien, andere zellige Elemente, Blutgerinnsel. Eine weitere Möglichkeit wäre die, daß die abgestoßenen Zellen usw. schon Fett enthalten und nachher noch weiter fettig einschmelzen. Diese letztere Theorie hat, wie Sch. annimmt und mir hinreichend zu begründen scheint, die größere Wahrscheinlichkeit für sich.

Ein ausführliches Literaturverzeichnis findet sich am Schlusse der lesenswerten Arbeit.

C. Adrian (Straßburg i. E.).

Pousson. Über die chirurgische Behandlung der Hypospadie. Zeitschr. f. Urol. Bd. VIII. 1914. p. 440.

P. wendet das Duplaysche Verfahren der Urethroplastik durch Lappen mit ergänzenden Modifikationen an. Die bis zur Heilung erforderliche Zeit beträgt selten weniger als 6 Monate und kann sich bis auf 1 Jahr ausdehnen. Die einzelnen Phasen der Operation bestehen in: Redressement des Penis durch Abtrennung des Bandes und Resektion eines keilförmigen Segmentes aus dem vorderen Teile der Corpora cavernosa mit nachfolgender Vereinigung der Wundränder; in einer späteren Sitzung Rekonstruktion des Kanales durch Lappenbildung. Silberstein (Breslau).

Wildbolz. Über Lipome des Nebenhodens. Zeitschr. f. Urol. Bd. VIII. 1914. p. 453.

Eine in kurzer Zeit entstandene, schmerzlose, unregelmäßige, knotige Anschwellung des linken Nebenhodens eines Kollegen veranlaßte denselben, aus Furcht vor Sarkombildung eine operative Behandlung vorzunehmen. Der Nebenhoden wurde entfernt und es zeigten sich in den Hüllen des Nebenhodens eingelagerte, durch Bindegewebe abgekapselte Knötchen von Fettgewebe, die offenbar aus dem in den Hüllen des Nebenhodens aufzufindenden Fett entstanden waren. Silberstein (Breslau).

Shichitaro Sugimura: Experimente über den Ausbreitungsmodus der Tuberkulose in



Harn und männlichen Geschlechtsorganen. Baumgartens Arbeiten 1914. Bd. VIII. p. 1.

An 30 Kaninchen und 10 Meerschweinchen bestätigt Verfasser den von Baumgarten schon 1901 angenommenen deszendierenden, d. h. dem Sekretstrom gleichgerichteten Modus bei der kanalikulären Ausbreitung der experimentell am Urogenitalsystem erzeugten Tuberkulose: das in die Blase gespritzte tuberkulöse Material (Aufschwemmung von Tuberkelbazillen - Reinkultur oder Perlsuchtemulsion) aszendiert nicht in die Niere und verbreitet sich aufsteigend nur auf dem Blutwege. Die Ureteren bleiben stets intakt.

Wildbolz, der eine Niereninfektion aszendierend von der Blase her durch Urinstauung annimmt, überträgt seine im Experiment durch (z. B. mittels Penis-Ligatur erzielten) Urinstauungen erhaltenen Ergebnisse zu Unrecht auf die natürlichen Infektionsvorgänge.

Ebenso hat bei der Ausbreitung der T.-B. innerhalb des uropoetischen Systems die lymphogene Infektion gegenüber der durch Sekretinfektion bewirkten Ausbreitung nur eine geringe Bedeutung: So kann z. B. eine Ausbreitung der Blasen-T.-B. nach dem Nierenbecken durch die vielfach anastomosierenden Lymphbahnen der Ureteren hindurch nie entstehen.

Die T.-B.-Bazillen können durch das unverletzte Epithel in die Schleimhaut der Harnorgane eindringen

Die Ausbreitung der T.-B. im männlichen Genitalapparat ist bei normalem Sekretstrom ebenfalls eine stromabwärts gerichtete, nur vom Hoden in die Blase und nicht umgekehrt. Daher gibt es keine Hodeninfektion von den infizierten Harnwegen her und auch keine transurethrale Tuberkulisierung des 2. vom erkrankten 1. Hoden; aus diesem Grunde sind auch die Erfolge der von Brunsschen Kastrationsbehandlung erklärlich.

Fritz Schaefer (Brieg).

Shichitaro Sugimura: Zur Frage der aszendierenden Urogenitaltuberkulose beim Weibe. Arb. auf dem Geb. der Pathol. Anatomie (Baumgarten). Bd. VIII. Heft 1. 1914. p. 29.

Ebenso wie im männlichen hat Baumgarten 1904—1905 auch im weiblichen Urogenitalsystem einen stromabwärts gerichteten Ausbreitungsmodus der T.-B. nachgewiesen, der nur bei gehemmtem Sekretstrom sich umkehrt. Gegen diese Auffassung beziehen sich Jung und Bennecke auf den „Engelhornschen Versuch", wonach eine Deszendierung von in die obere Scheide eingeführten



Karminkörnchen nach dem Uterus — also entgegen dem Sekretstrom — stattfindet. Bei Nachprüfung dieses „Engelhornschen Versuchs" ergibt sich nun folgendes:

Nur selten werden im Gegensatz zu Engelhorn vom Verfasser die in die obere Scheide eingeführten Karminkörnchen im Uterus gefunden, weil ihnen durch schnellere Tötung der Tiere keine Zeit gelassen wird, resorbiert zu werden und dann auf der nach dem Uterus strömenden Lymphbahn dahinzugelangen. Ferner vermeidet der Verfasser durch vorsichtiges Einführen der Fremdkörper eine reflektorische Ansaugungsbewegung, die sonst die leichten Karminkörnchen nach oben reißt, ein Umstand, auf den Engelhorn keine Rücksicht nimmt. Die Engelhorn-Jungsche Auffassung, daß nun die T.-B.-Bazillen sich analog den Karminkörnchen verhalten, ist schon durch das verschiedene spezifische Gewicht beider Körper hinfällig. Daher läßt sich aus dem Verhalten der Karminkörnchen im „Engelhornschen Versuche" kein Schluß auf das Verhalten der Tuberkelbazillen nach ihrer Einführung in das Scheidengewölbe ziehen.

Fritz Schaefer (Brieg).

Peiper. Meningitis. Urinphlegmone. Phagedänismus. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. 1914. H. 9. p. 306.

Kasuistik. Smilovici (Breslau).

Günther, H. Korallenartige Blasensteinbildungen bei einem jugendlichen Individuum. Dtsch. med. Woch. Nr. 34. 1916.

Bei dem sonst gesunden, 21jährigen Manne bestanden seit 9 Jahren Harndrang und Schmerzen beim Urinieren, die sich besonders gegen Schluß der Miktion bis zu großer Heftigkeit steigerten Bei Freilegung und Eröffnung zeigte sich die Blase stark erweitert. Ein schwarzer, walnußgroßer, korallenförmiger Stein sowie viele Pigmentschollen wurden entfernt und eine doppelreihige Blasennaht angelegt. Blutungen oder Infektion waren nie aufgetreten.

Max Joseph (Berlin).

Goldberg. Beitrag zur Kenntnis des Ausgangs der Nephritis acuta belli. Dtsch. med. Woch. Nr. 34. 1916.

Hartnäckiger und bedeutsamer als das bekannte Zeichen des Eiweißbestands im Urin fand Goldberg für das Andauern der im Kriege erworbenen akuten Nierenentzündung die Beimengung von Erythrozyten. Um diese festzustellen, untersucht man am besten einen Tropfen frischen unabgesetzten Urins. Blutbeimengungen zum Urin



wurden bei der akuten Kriegsnephritis besonders häufig beobachtet. Die Erythrozyturie war das letzte Symptom der Erkrankung, wurde allmählich geringer und verschwand nach 3, 5, 6, höchstens 9 Monaten, ohne sich mit andern Erscheinungen zu komplizieren. Wenn man dem Patienten Zeit zu genesen läßt und zu frühe Marschproben oder ähnliche Experimente unterläßt, erweist sich die Nephritis acuta belli als gutartig und heilbar.

Max Joseph (Berlin).

Kyrle, J. Über spontane infektiöse Gangrän des Penis und Skrotums bei Kriegsteilnehmern. Berl. klin. Woch. Nr. 2. p. 81. 1917.

Kyrle konnte, während er in 10 Jahren an der Fingerschen Klinik diese Krankheit niemals zu sehen Gelegenheit hatte, während des Krieges an 3 Soldaten diese Affektion feststellen. Ähnliches hatte auch Kuttner festgestellt. Nur lokale, entzündlich-infektiöse Prozesse fallen unter dieses Krankheitsbild unter Einsetzen der schweren Erscheinungen bei voller Gesundheit. Die Gangrän erstreckte sich auf ausgedehnte Teile der Penis- und Skrotalhaut. Bakteriologische Untersuchungen konnten nicht angestellt werden, die Ätiologie blieb ungeklärt. Heilung erfolgte unter Salbenverbänden, beim letzten Fall nach Anwendung des Wasserbettes bis zur Geschwürsreinigung.

Krakauer (Breslau).

Shallenberger, W. F. Die chronische Urethritis bei Frauen. Eine neue Methode der Diagnose und Behandlung bei dunklen Schmerzen in der Urethra. The Journal of the American Medical Association. 1916. April 1. p. 1011.

Shallenberger weist darauf hin, daß chronische Urethritis bei Frauen häufiger vorkommt, als man allgemein annimmt. Die Symptome sind nicht immer typisch; wenn eine Frau über Schmerzen in der Beckengegend klagt, soll man immer an die Urethra als mögliche Quelle des Schmerzes denken, besonders wenn keine anderen pathologischen Störungen zu finden sind. Die pathologischen Befunde bei chronischer Urethritis sind verschieden. Oft findet man eine Verdickung der Harnröhre, manchmal kann man endoskopisch Veränderungen der Schleimhaut feststellen. Die Behandlung besteht am besten in lokalen Silbernitratapplikationen. Fritz Juliusberg (Posen).

Winkoop, E. J. Pyelitis; ihre klinische Bedeutung. Medical society of the state of New York. Sektion für Kinderheilk. 1915. April 27. Medical Record. 1915. Mai 1. p. 752.



Wynkoop lenkt die Aufmerksamkeit auf die Wichtigkeit der frühzeitigen Feststellung einer Pyelitis. Bei Mädchen kommt die Infektion durch die Urethra häufiger vor, als bei den Knaben. Die Blase braucht nicht immer befallen zu sein. Auch die klassischen Symptome, Frösteln, Fieber und Schmerzen in der Nierengegend können fehlen. Bei jedem Fall mit unregelmäßigem Fieber, häufigem Urinlassen und Anämie soll man die Möglichkeit einer Pyelitis erwägen. Für die Behandlung der Pyelitis sind Urotropin und besonders Kaliumzitrat von Wert.

Fritz Juliusberg (Posen).

Nixon, P. I. Nicht-bakterielle Urethritis. Medical Record. 1915. April 10. p. 607.

Nixon berichtet über einige Fälle von Urethritis, die auf prophylaktische Injektionen in die Harnröhre folgten. Fritz Juliusberg (Posen).

Hyman, A. Die Behandlung der Urogenitaltuberkulose mit Rosenbachs Tuberkulin. The Journal of the American Medical Association. 1916. April 29. p. 1379.

Hyman behandelte 13 Fälle von Urogenitaltuberkulose mit Rosenbachs Tuberkulin. Zwei Patienten zeigten Besserung; die übrigen blieben absolut ungebessert, bei einigen traten während der Behandlung neue Herde auf. Demnach ist Rosenbachs Tuberkulin von geringem Wert für die Behandlung der Urogenitaltuberkulose.

Fritz Juliusberg (Posen).

Hertzler. A. E. Prostatektomie unter lokaler Anästhesie. The Journal of the American Medical Association. 1916. April 29. p. 1363.

Eingehende Darstellung der Technik der lokalen Anästhesie bei Prostatektomie, nicht zum kurzen Referat geeignet. Fritz Juliusberg (Posen).

Lipschütz, B. Über sogenannte Blasenschwäche bei Soldaten (nach Beobachtungen in der Festung Przemysl). Wiener klin. Woch. 1915. Nr. 35.

Lipschütz beobachtete in den Przemysler Festungsspitälern bei zirka 600 Fällen ein Krankheitsbild, das als Symptome Harndrang, Pollakisurie, Harnträufeln, Inkontinenz (Bettnässen) aufwies. Die eigenartigen Blasenbeschwerden sind von der Enuresis nocturna zu trennen. Durchnässung und Verkühlung, verbunden mit stärkeren, physischen Leistungen, scheinen als auslösende, jedoch keinesfalls die Krankheit direkt bedingende Momente in Betracht zu kommen. Die Prognose ist gut, als Therapie kommt Wärmeapplikation in Betracht. Viktor Bandler (Prag).

Pleschner, H. G. Wien. **Zur Fremdkörperkasuistik der weiblichen Harnblase.** Wiener med Wochenschr. 1916. Nr. 34.

Pleschner extrahierte mittels Lithotriptor aus der Blase einer Frau ein 56 *cm* langes Mastdarmrohr, ohne daß es zu einer Blutung oder Kontinenzstörung gekommen wäre. Viktor Bandler (Prag).

Stiefler, G. und *Volk*, R. **Über Störung der Harnentleerung infolge Erkältung.** Wiener klin. Woch. 1915. Nr. 34.

Nach den Beobachtungen der Autoren handelt es sich um Störungen in der Blasenfunktion, die man unter die nervösen Erkrankungen der Blase einreihen muß; die erlittene Erkältung kommt als ursächliches Moment in Frage. Viktor Bandler (Prag).

Lichtenstern, Rob. **Ein Fall von Nierenbeckentumor.** Wiener klin. Rundschau. 1916. Nr. 11/12.

Das erste und wichtigste Symptom war das gehäufte Auftreten von Hämaturie, weiters Nierenkoliken. Bei der Untersuchung löste das Vorschieben des Ureterenkatheters in das Nierenbecken der erkrankten Niere sofort profuse Blutung aus. Der auffallend hohe Gehalt an Eiweiß der gesunden Seite verstärkte den Verdacht auf Tumorbildung in der Niere. Bei der Operation fand sich ein Karzinom des Nierenbeckens mit Vordringen in das Nierenparenchym und den Ureter. Viktor Bandler (Prag).

Gast. **Nierenbildung durch Nierenerschütterung.** Deutsche med. Woch. Nr. 38. 1916.

Ohne vorher an körperliche Übungen gewöhnt zu sein, war Dr. Gast selbst beim militärischen Reitunterricht sogleich reichlich Trab geritten und hatte diese Anstrengung trotz starker Muskelschmerzen fortgesetzt. Starker Gehalt roter Blutkörperchen und einiger Zylinder im Urin war die Folgeerscheinung, die auf eine Nierenkontusion hindeutete. Nach kurzer Bettruhe und leichter Kost verschwand die Abnormität und trat bei verständigerem Reitunterricht nicht wieder auf. Verf warnt vor der Forzierung des Reitens im Anfang, da ähnliche Schädigungen bei allmählicher Übung zu vermeiden sind. Max Joseph (Berlin).

Leyberg. **Beiträge zu Störungen der Urogenitalfunktion bei Erkrankungen der hinteren Harnröhre, insbesondere des Colliculus seminalis.** Zeitschr. f. Urologie. Bd. VIII. 1914. p. 376.

L. rühmt auf Grund seiner Erfahrungen an der Hand von 4 Krankenberichten den Wert der Urethroskopia posterior. In dem ersten Falle handelte es sich um stark ent-



wickelte Zotten an der ganzen Zirkumferenz des Sphinktersaumes und um eine Zyste des Kollikulus, welche durch Anstich entleert wurde, woraufhin die vorher erheblichen Beschwerden des Patienten mit einem Schlage aufhörten. Der zweite Fall zeigte Papillombildungen des Kollikulus, die mit dem spitzen Galvanokauter entfernt wurden. Hinter dem Kollikulus befindliche Wucherungen wurden mit 20%-iger Argentumlösung geätzt. Anfallsweise auftretende Beschwerden wie heftiger Urindrang mit vorangehendem Brennen und Kitzeln sowie schmerzhafte Erektionen waren durch den Eingriff beseitigt. Ein Patient wurde nach galvanokaustischer Zerstörung von Granulationsmassen am Kollikulus von unvollkommener Potenz geheilt. Ähnliche Beschwerden wurden bei einem anderen Patienten mit ungewöhnlich großem Kollikulus durch Stichelung desselben beseitigt. Silberstein (Breslau).

Hammesfahr. Demonstration *a)* einer Vorrichtung zur Dauerspülung der Blase, *b)* einer bipolaren Sonde zur Zerstörung des tuberkulösen Ureters. Zeitschr. f. Urologie. Bd. VIII. 1914. p. 339.

Ein doppelläufiger Katheter, dessen enger Zuflußkanal in die Blase vorragt. Der unter hohem Druck erfolgende Zufluß bewirkt eine Wirbelbildung der Spülflüssigkeit, durch die die Blasenwand lebhaft bespült wird. Die erheblich weitere Abflußöffnung steht mit einem Steigrohr in Verbindung, durch dessen Hebung und Senkung der in der Blase herrschende Druck durch den Patienten selbst reguliert werden kann. Für Frauen wird der gewöhnliche Pezzerkatheter genommen; seine Kuppe ist von dem dünnen Zuflußrohr perforiert. Die höchste Höhe des Steigrohrs beträgt in praxi 15 *cm* über der Symphyse. Zur Zerstörung des tuberkulösen Ureters nach Nephrektomie verwendet der Autor Hochfrequenzströme; und zwar empfiehlt er, um unnötige Läsionen zu vermeiden, eine Sonde, auf der beide Elektroden vereinigt sind. Silberstein (Breslau).

Simon. Hämaturien nach großen Urotropingaben. Zeitschr. f. Urologie. Bd. VIII. p. 253.

S. veröffentlicht die an einer Reihe von Patienten gemachte Beobachtung, daß hohe Urotropindosen hämorrhagische Zystitiden auslösen können. Die Durchschnittsdosis war 6 *g* pro die. Die Hämaturien traten am 2. bis 7. Tage auf. Die Zystoskopie bot das Bild der hämorrhagischen Zystitis. Die Autopsien der an schweren Grundleiden zumeist an Meningitis gestorbenen Patienten ergaben Trübung des Nierenparenchyms, Injektion der Gefäße des Nierenbeckens, Schwellungen, Rötungen und Blutungen der Blasen-



schleimhaut. Als Grund für die Urotropinschädigung kommt die Reizwirkung des abgespaltenen Formalins in Betracht.
Silberstein (Breslau).

Oelsner. Katheter für Dauerdrainage der Blase. Zeitschr. f. Urologie. Bd. VIII. 1914. p. 338.

Ein elastischer Aplatiekatheter mit einem engen Zuflußrohr und einem weiteren Abflußrohr; ersteres ist unter Zwischenschaltung eines Tropfapparates mit einem Irrigator verbunden. Der Katheter hat sich bei Zystitiden und zur Nachbehandlung suprapubischer Prostatektomien gut bewährt.
Silberstein (Breslau).

Roth und *Mayer*. Die praktische Bedeutung der Endoskopia posterior. Zeitschr. f. Urologie. VIII. 1914. p. 12.

Proliferierende Prozesse der Schleimhaut nach Gonorrhoe werden häufiger angetroffen als früher angenommen wurde, auch in Fällen von klinischer Heilung. Andererseits bestehen subjektive Beschwerden auch bei negativen Befunden. 46% der Patienten mit Polypenbildung hatten keinerlei gonorrhoische Antezedentien. Blutungen waren in 80% verursacht durch Polypenbildungen am Sphinkter und am Akklive in 20% durch Venektasien und Schwellungszustände der Pars membranacea, ohne daß Gonorrhoen vorhergegangen waren. Die Autoren finden in Erschlaffungszuständen der Ductus ejaculatorii den Grund gesteigerter Pollutionen und Erektionen als Folgezustand der letzteren Schwellungszustände und venöse Stauungen. Kaustik des Kollikulus bei Granulationsbildungen hatte infolge seröser Durchtränkung des Gewebes durch Nervenleitung Erektionen zur Folge und führte bei impotenten Patienten zu Heilungen. Der Kollikulus erscheint als geeigneter Punkt zur Stimulation der sexuellen Nervenorgane. Häufig quälender Harndrang und heftige Schmerzen beim Urinieren beruhen in 60% der Fälle auf Polypenbildungen am und um den Kollikulus und Sphinkter internus.
Silberstein (Breslau).

Fantl. Über kongenitale Zysten der Raphe penis, zugleich ein Beitrag zur Kenntnis des abnormen Verlaufes der Raphe. Zeitschr. f. Urol. VIII. 1914. p. 81.

Beschreibung von 4 Fällen von Raphezysten nebst zwei histologischen Befunden (eine Schleimzyste, eine Epidermoidzyste). Der abnorme Verlauf der Raphe läßt sich durch die allgemein geltende Anschauung über die Entstehung der Raphe nicht erklären. Die Raphe entwickelt



sich unabhängig von dem Schließungsvorgang der Harnröhre. Silberstein (Breslau).

Blumenthal. Die praktische Bedeutung der Urethroscopia anterior. Zeitschr. f. Urologie. VIII. 1914. p. 1.

Neben dem direkten mikroskopischen Nachweis der Gonokokken und dem Kulturverfahren ist die urethroskopische Untersuchung ein wichtiges Hilfsmittel. Sie deckt Fälle von Gonorrhoe auf, bei denen jegliche klinischen Symptome fehlen. Es können aber gonorrhoische Läsionen so tief gelegen oder so gering sein, daß sie dem urethroskopierenden Auge entgehen. In solchen Fällen kann eine vorangehende Vakzineinjektion eine Verdeutlichung des Bildes bewirken. Man sollte die nicht irrelevante Methode der Provokation erst dann anwenden, wenn die Urethroskopie mit mikroskopischer Kontrolle verdächtiger Stellen im Stiche läßt. Silberstein (Breslau).

Haberern. Über Metallspiralen zum Pezzer-Katheter. Zeitschr. f. Urol. VIII. 1914. p. 95.

Gummikatheter können vor Knickungen bewahrt und auf diese Weise länger erhalten werden, wenn man sie durch Spiralen, am zweckmäßigsten von Neusilber gefertigt, hindurchzieht. Silberstein (Breslau).

Datyner. Zur operativen Behandlung der Prostatahypertrophie. Zeitschrift für Urologie. 1914. Bd. VIII. p. 182.

Bei einem Patienten, der infolge Prostatahypertrophie an großen Blasenbeschwerden litt, wurde die Prostatektomie nach Freyer mit vorzüglichem Erfolge ausgeführt. Silberstein (Breslau).

Citron. Anwendung des Yatrens in der Urologie. Zeitschr. f. Urologie. 1914. Bd. VIII. p. 179.

Das Jodbenzolderivat Yatren in 10%iger Lösung wurde mit gutem Erfolge bei verschiedenen Formen der nicht gonorrhoischen Uretbritis angewandt. Es wirkt sekretionsbeschränkend und reizlos. Auch hat sich das Mittel bei Zystitiden und Blasentuberkulose bewährt. 50 *ccm* der 10%igen Lösung werden injiziert und in der Blase belassen. Silberstein (Breslau).

Wossidlo. Zur praktischen Bewertung der Urethroskopie. Zeitschr. f. Urol. 1914. Bd. VIII. p. 161.

Für pathologische Prozesse der Anterior, wie Drüsen, verstopfte Lakunen, Querleisten und Brückenbildungen wird der galvanokaustische Eingriff im Luftendoskop bevorzugt.

Breit aufsitzende Papillome werden im Oberlän-



derschen Urethroskop durch Kurettage, langgestielte Polypen im Irrigationsurethroskop beseitigt.

Bei Durchschneidung von Strikturen leistet das Urethroskop weniger als beim Entrieren filiformer Strikturen. Die Behandlung kleiner enger Divertikel geschieht durch Verödung auf elektrischem Wege im Irrigationsurethroskop; bei größeren Gebilden wird die Scheidewand galvanokaustisch zerstört. Ganz große Säcke werden bei Entzündung der vorderen Harnröhre mit hochprozentigen Höllensteinlösungen lokal behandelt.

Für die hintere Harnröhre bevorzugt W. sein eigenes Instrument. Der häufigste Eingriff, die Ätzung des Colliculus seminalis, wird mit Arg. nitr. ausgeführt, in hartnäckigen Fällen mit Galvanokaustik. Granulationsbildungen werden durch Lapisätzungen unter strenger Lokalisierung behandelt. Bei Beseitigung von Polypen kommt es darauf an, die Basis genau zu treffen. Bei Divertikelbildungen wird auch in der Posterior die Scheidewand galvanokaustisch zerstört.

Hypertrophien und Schwellungen des Kollikulus kommen auch ohne Störungen vor und sollen nur bei wirklichen Beschwerden in Angriff genommen werden.

Wenn auch die Erfolge der Eingriffe bei der relativ leichten Technik häufig glänzende und verlockende sind, so warnt W. doch vor allzu energischen und allzu rasch wiederholten Eingriffen. Silberstein (Breslau).

Lichtenstern. Untersuchungen über die Funktion der Prostata. Zeitschr. f. Urol. Bd. X. 1916. p. 1.

Auf Grund seiner Beobachtungen nach Prostatektomien an erwachsenen und vollreifen wie an infantilen Tieren weist Verf. die häufig vertretene Annahme einer inneren Sekretion der Prostata entschieden zurück. Wichtige Voraussetzungen für einwandfreie Untersuchungen sind einmal die restlose Entfernung der Prostata, welche nur beim infantilen Tiere durchführbar ist, alsdann die Vermeidung von Nebenverletzungen. Letztere allein, nicht aber das Fehlen der Prostata können Störungen, wie Ausfall der Potenz und Spermatogenese zur Folge haben. Unter Wahrung dieser Voraussetzungen fand L., daß sowohl der psychische Geschlechtscharakter (Libido, Potenz) als auch die somatischen Merkmale (Penisschwellkörper, Samenblasen, Körpergröße) sich zur Norm entwickeln und die Spermatogenese zur richtigen Zeit auftritt und erhalten bleibt.

Der beim Menschen häufig beobachtete Schwund der Potenz ist nur durch die bei der Operation gesetzten Nebenverletzungen zu erklären, während bei transvesikaler Ent-



fernung der Prostata Verletzungen eher vermieden werden können und demzufolge die Potenz intakt bleibt.

Silberstein (Breslau).

Lohnstein. Die deutsche Urologie im Weltkriege. Zeitschr. f. Urol. Bd. IX. 1915. p. 167.

Ein Sammelreferat von Arbeiten der deutschen und deutsch-österreichischen Literatur bis etwa Mitte Februar 1915 über Schußverletzungen von Niere, Harnleiter und Blase. Silberstein (Breslau).

Lohnstein. Die deutsche Urologie im Weltkriege. Zeitschr. f. Urol. Bd. IX. 1915. p. 214.

Fortsetzung und Schluß der vorigen Arbeit; ein Sammelreferat von Arbeiten über Schußverletzungen der Harnröhre, des Penis, des Hodensackes und der Hoden sowie von Publikationen über die Verbreitung von Geschlechtskrankheiten. Silberstein (Breslau).

Lohnstein. Die deutsche Urologie im Weltkriege. Zeitschr. f. Urol. Bd. IX. 1915. p. 254.

Sammelreferat von deutschen, deutsch-österreichischen und deutsch-schweizerischen Arbeiten bis Ende Mai 1915 über Nierenerkrankungen und Nierenverletzungen sowie über Blasensymptome als Folgezustände direkter oder indirekter Rückenmarksläsionen und über Blasenschüsse.

Silberstein (Breslau).

Lohnstein. Die deutsche Urologie im Weltkriege. Zeitschr. f. Urol. Bd. IX. 1915. p. 291.

Bericht über weniger häufige aber interessante Mitteilungen von Harnröhrenverletzungen, über zwei Mitteilungen von Penisverletzungen, über mehrere bemerkenswerte Arbeiten von traumatischen und internen Affektionen des Hodens sowie über Arbeiten, die von den behufs Verhinderung von Geschlechtskrankheiten zu ergreifenden Maßregeln handeln. Silberstein (Breslau).

Lohnstein. Die deutsche Urologie im Weltkriege. Zeitschr. f. Urol. Bd. IX. 1915. p. 376.

Sammelreferat über die neuesten Publikationen über die relativ selten zu beobachtenden Nieren- und Harnleiterläsionen, aber häufigen entzündlichen Nierenaffektionen.

Silberstein (Breslau).

Lohnstein. Die deutsche Urologie im Weltkriege. Zeitschr. f. Urol. Bd. IX. 1915. p. 408.

Bericht über die zahlreichen Publikationen über Verletzungen und innere Erkrankungen der Blase, Verletzungen von Harnröhre und Penis und der Hoden sowie über eine Veröffentlichung der deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten über die Abnahme der Ge-



schlechtskrankheiten während des Krieges infolge der Einführung prophylaktischer Maßnahmen.

Silberstein (Breslau).

Lohnstein. Die deutsche Urologie im Weltkriege. Zeitschr. f. Urol. Bd. X. 1916. p. 97.

Verf. referiert über einige kasuistische Mitteilungen von Schußverletzungen der Harnröhre, über eine von Weißenberg empfohlene Art der Behandlung großer und unregelmäßiger eitriger Peniswunden ohne jeden Verband; alsdann über Schußverletzung eines Hodens und erfolgreiche Transplantation eines Hodens unter die Bauchhaut in einem Falle von Eunuchismus nach Kastration wegen schwerer Urogenitalverletzung sowie über einen mitgeteilten Fall von Prostatakarzinom bei einem 37jährigen Offizier.

Verf. berichtet ferner über die veröffentlichten Erfolge mit den gegen die Geschlechtskrankheiten versuchten Maßregeln sowie über verschiedene Vorschläge zur Vermeidung des Hineintragens der im Kriege erworbenen Infektionen nach seiner Beendigung in die Familie.

Den Vorschlag, die Beurlaubung geschlechtskranker Ehegatten zu verbieten und auch nach dem Kriege die Heimkehr nicht eher zu gestatten, als bis dieselben gesund sind, hält Verf. selbst für recht bedenklich. Schließlich wird über die allgemeinen Grundsätze der Behandlung geschlechtskranker Soldaten, über die Wärmebehandlung der Gonorrhoe und einzelne gonorrhoische Komplikationen referiert.

Silberstein (Breslau).

Hautkrankheiten.

Lepra.

Stanziąle, R. Neue Untersuchungen über die experimentelle Lepra am Auge des Kaninchens. IV. Kommunikation. Lepra. Vol. XV. Fasz. 2. Mai 1915.

Seine Schlußsätze lauten:

1. Daß die experimentell im Kaninchenauge erzeugten Läsionen bis zu einem gewissen Punkt serienweise reproduziert werden können, wenn man das neugebildete Material aus einem Tier direkt auf ein anderes weiter über-



trägt, wodurch zweifellos die Vitalität des Keimes bezeugt wird;

2. daß das Lepramaterial im Kaninchenkörper zwar sein pathogenes Vermögen beibehält, doch aber eine derartige Anpassung erfährt, daß es immer weiter abgeschwächt wird;

3. daß es möglich ist, aus den experimentellen Lepragranulomen des Kaninchenauges einen säurefesten Bazillus zu isolieren, der mit dem von Kedrowski aus menschlichen Lepraknoten erhaltenen vollkommen identisch ist und sich von ihm nur dadurch unterscheidet, daß er nicht dasselbe pathogene Vermögen aufweist, da er nicht wie jener die Eigenschaft besitzt, in den Versuchstieren die Bildung von den menschlichen Lepromen ähnlichen und bazillenreichen Lepraknoten hervorzurufen. (Vergl. Zentralblatt f. Bakt. etc. 1915. Bd. LXXV. Orig. p. 495.)

Reenstierna (Breslau).

Parasitäre Erkrankungen.

Sachs, O. Beitrag zur Verbreitung der Skabies im Kriege. Wiener med. Wochenschr. 1916. Nr. 28.

Aus den Zahlen, welche Sachs im Garnisonsspitale II und im Ambulatorium der Genossenschaftskrankenkassen gesammelt hat, ergibt sich, daß die Zahl der Skabieskranken seit Kriegsbeginn ganz bedeutend gestiegen ist. Ein Vergleich des Prozentverhältnisses bei Skabieskranken zur Gesamtzahl zeigt auf der Abteilung des Garnisonsspitales ein Aufsteigen von 4·36% bis 10·45% und 30·31%. Im Krankenkassaambulatorium stellt sich das Prozentverhältnis folgendermaßen dar: 2·93 : 5·6 : 10·41. Bei letzterem ließ sich feststellen, daß sich mehr Männer als Frauen mit Skabies infizieren. Zur Zeit empfiehlt Sachs als einzig brauchbare Salbe für die Massenbehandlung die Wilkinson-Salbe. 3 Einreibungen mit Ung. sulf. Wilkinson und 2 Einreibungen mit Lassarscher Zinkpaste bildeten die Skabieskur. Viktor Bandler (Prag).

Perutz, A. Zur Therapie der Skabies. Wiener klin. Wochenschr. 1915. Nr. 37.

Perutz behandelte die Skabies in der ambulatorischen Praxis mit Oleum anisi 1, Vaselini ad 100·0, das an 4—5 Tagen hintereinander appliziert wurde, mit gutem Erfolge. Das postskabiöse Jucken wurde mit folgender Schüttelmixtur Solut. Vlemiux 10, Zinci oxyd. Talci veneti Glycerini, Aq. dest. $\overline{aa}$ ad 100·00 behandelt.

Viktor Bandler (Prag).



Habermann, R. **Krätzebehandlung mit Schwefelseifenemulsion.** Dtsch. med. Woch. Nr. 13. 1916.

Die Ungiftigkeit, Geruchlosigkeit und Billigkeit des Schwefels bei zugleich guter antiparasitärer Wirkung veranlaßte Habermann zur Herstellung einer Schwefelseifenemulsion zur Behandlung des Skabies. In Anbetracht des augenblicklichen Fettmangels wurde eine wasserhaltige Emulsion gebraucht. 10 Teile Natronseife wurden mit 3 Teilen Lanolin in 57 Teilen warmen Wassers aufgeschwemmt und mit 30 Teilen Schwefelpräzipitat zu einer Mischung verrieben, die sich leicht auf der Haut verteilen ließ und schnell eintrocknete. Zur wirksamen Behandlung der Krätze muß die erkrankte Stelle 5 Minuten lang gründlich eingeseift werden, der Schaum muß eintrocknen, 3—4 solche Einreibungen müssen in Abständen von 12 Stunden wiederholt werden. Nachdem die letzte Einreibung 24 St. gewirkt hat, erfolgt die Beendigung der Kur durch Bad, Einfettung, Talkumpuderung eventuell Gebrauch von Zinkpaste mit Tumenolammonium und Wäschewechsel.

Max Joseph (Berlin).

Lewitt, M. **Zur Behandlung der Krätze.** Dtsch. med. Woch. Nr. 16. 1916.

Mit gutem Erfolg behandelte Lewitt die Krätze mit folgender Salbe, welche an 3 Tagen jeden Abend hintereinander eingerieben wurde: Ol. cadin. 4·0, Sulf. praec. 60·0, Vaselin flav. 120·0. Diese Salbe hatte für die Kratzeffekte und sekundären Ekzeme den Vorteil milder Wirkung. Das Vaselin kann auch durch Adeps suill. ersetzt werden. Schneller wirkte aber die Wilkinsonsche Salbe in folgender Abänderung: Ol. cadin. 15·0, Sulf. praec. 30·0, Sap. virid. 45·0, Vaselin flav. 60·0 oder Cret. alb. praeparat. 10·0, Sulf. sublimat. Ol. Rusci āā 15·0, Sap. kalin. venal., Vaselin flav. āā 30·0. Das Vaselin kann durch Adeps Lanae c. Aqua ersetzt werden. Nach 2—3 maliger Einreibung folge ein Reinigungsbad und Trockenpuderung, bei noch anhaltendem Juckreiz empfiehlt sich eine Zinkschüttelmixtur.

Max Joseph (Berlin).

Eysell. **Ein einfaches Vorbeugungsmittel gegen Verlausung und deren Folgen.** Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. 1915. H. 6. p. 170.

Sulfur praecipitatum wird in die Wäsche eingebürstet. Sobald der Schwefel mit Transpirationsprodukten in Berührung kommt, entstehen geringe Mengen von H_2S, die aber ausreichen, die Parasiten vom Körper fern zu halten. Verfasser soll mit dem Verfahren sehr ermutigende Resultate erzielt haben.

Smilovici (Breslau).

Eysell, A. Nachtrag zu „Ein einfaches Vorbeugungsmittel gegen Verlausung und ihre Folgen". Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. 1915. H. 8. p. 238.

Verfasser bespricht die ihm zugegangenen Mitteilungen betr. die Verwendung von Sulfur praecipit. (in Streupulverform) als Prophylaktikum gegen Verlausung.

Smilovici (Breslau).

Mense, Prof. Zur Frage der Bekämpfung des Fleckfiebers und der Läuse. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. 1915. H. 6. p. 172.

Zur Vernichtung der Läuse und deren Eier wird Sublimatessig (Hg. bichlor 1·0, Acet. vini 299·0) empfohlen. Sonst nichts Neues. Smilovici (Breslau).

Heymann, Bruno. Die Bekämpfung der Kleiderläuse. Zeitschr. f. Hygiene und Infektionskrankheiten. Bd. LXXX. Heft 2. p. 299. 1915.

Systematische Prüfungen hatten folgende Ergebnisse:

I. Wäsche, Betten, Kleider usw. werden entlaust 1. durch Aushungern, 3 Wochen lang, in dicht schließender Kiste; 2. am besten durch Hitze: *a)* 15 Minuten kochendes Wasser, *b)* strömender Wasserdampf, *c)* trockene Hitze von 90° (als Notbehelf Bügeln); 3. durch die gasförmigen Desinfizientien: Schweflige Säure, Schwefelkohlenstoff, Benzin. Schweflige Säure, in abgedichtetem Raum, 5 *kg* auf 100 *cbm* Luftraum, tötet in 1—2 Stunden Tiere und Eier an leicht zugänglichen Stellen, im Innern der Bündel, Taschen etc. nach 6 Stunden noch nicht völlig sicher. Nachteile sind der Schwefelgeruch und die Kosten. CS_2 und Benzin, aufgesprengt, wirken in dicht verschlossener Kiste in 24 Stunden, sind aber sehr feuergefährlich; 4. durch gründliche Behandlung mit Kresolseifenlösung und Sublimatessig. Wiederholung von 2 und 3 nach 8 Tagen ist ratsam.

II. Menschen werden entlaust durch mechanische Reinigung mittels gründlicher Schmierseifenwaschung (Haare!); chemische Mittel geben keinen sicheren Schutz vor Stichen. Beachtung verdienen Kampferöl, graue Salbe, Titresolpuder, Lausofan, Globol. Glatte Stoffe (Seide) sind empfehlenswert.

III. Räume durch schweflige Säure, Blausäureräucherung. Stroh, Decken etc. durch Besprengen mit Terpentinöl, Globol, Tetrachlorkohlenstoff und Brennspiritus.

Krakauer (Breslau).

Widmann, Eugen. Beiträge zur Kenntnis der Biologie der Kleiderlaus und deren Bekämpfung. Zeitschr. f. Hygiene u. Infektionskrankh. Bd. LXXX. Heft 2. p. 289. 1915.

Züchtung von Läusen aus Eiern ergab einige morpho-



logische Unterschiede zwischen Männchen und Weibchen. Erstere haben hellere Färbung, flacheres Abdomen; der letzte Bauchring ist vorstehend und abgerundet, bei den Weibchen tief angeschnitten und zweilappig. Bei Männchen dient die Afteröffnung auch als Genitalöffnung und liegt dorsal auf dem letzten Segment. Bei den Weibchen sind die Öffnungen getrennt, die Genitalöffnung liegt ventral zwischen den beiden letzten Segmenten. Die Männchen gehen nach der Begattung ein. Hungernde Männchen gehen nach 3 Tagen ein, eierlegende Weibchen noch früher. Der Saugakt auf menschlicher Haut dauert 3—5 Minuten. Der Juckreiz tritt erst nach Beendigung ein.

Die roten Blutkörperchen werden im Läusedarm in längstens 5 Stunden zerstört.

Temperaturen von über 65° C wirken auf Läuse unbedingt und fast sofort tödlich. Chemische Entlausungsmittel sind nur wirksam, wenn sie die Atmungswerkzeuge angreifen, z. B. ätherische Öle, Xylol und Toluol mit ihren Derivaten, 3% Kresolpuder, CS_2, H_2S, SO_2 und Chlor. Dagegen war $HgCl_2$-Lösung unwirksam, da sie den Chitinpanzer nicht durchdringt.

Das Weibchen legt 14 Tage lang täglich 5—6 Eier mit sehr widerstandsfähiger Doppelhülle, welche die Schwierigkeiten bei der Abtötung der Nisse verursacht. Das Ei entwickelt sich in 6—7 Tagen; gegen Kälte (selbst — 10° auf 24 Stunden!) sind sie sehr resistent, dagegen sterben sie bei 50—60° (10—15 Minuten) ab. Dieselbe Wirkung in gleicher Zeit läßt sich durch Ausschwefeln und CS_2 erzielen. Dagegen ist Abreiben der Kleidernähte mit Xylol oder Äther ungenügend. Besser wirken Kresolpuder, Anisöl und Fenchelöl, wenn die Anwendung nach 2—3 Tagen wiederholt wird. Lausofanpuder, Anisöl und Mutophan stehen etwa auf gleicher Stufe und riechen nicht so unangenehm. Krakauer (Breslau).

Sikora, H. Beiträge zur Anatomie, Physiologie und Biologie der Kleiderlaus (Pediculus vestimenti Nitzsch). Archiv für Schiffs- u. Tropenhygiene. Bd. XX. Beiheft 1. April 1916.

Die 76 Seiten starke Abhandlung — ausführlichere Mitteilungen sollen in einer zoologischen Zeitschrift veröffentlicht werden — schildert, unterstützt durch eine große Reihe vorzüglicher, z. T. farbiger Abbildungen, den histologischen Bau des Verdauungskanals der menschlichen Kleiderlaus. Die dabei benutzte mikroskopische Technik wird eingehend beschrieben. Krakauer (Breslau).



Rischbieter. Einfacher und billiger Entlausungsapparat mit überhitztem Dampf zur Verwendung an der Front. Münch. med. Wochenschrift. 1916. Nr. 8.

Im Original nachzulesen.

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Galli-Valerio. Neue Beiträge zur Biologie und zur Bekämpfung der Läuse. Zentralbl. f. Bakteriol. Bd. LXXVIII. p. 37.

Kopfläuse können auch an Kaninchen, Meerschweinchen und weißen Ratten saugen, nicht aber an Tauben und Fröschen, offenbar wegen der Größe der roten Blutkörperchen. Die Widerstandsfähigkeit der Läuse gegen Hunger ist bei niederer Temperatnr größer als bei hoher. Vollgesogene Läuse meiden das Licht, hungernde suchen es auf. Läuse können große Strecken zurücklegen, sie können auch passiv, durch Stubenfliegen z. B. übertragen werden. Die Läuse sind gegen Druck, Wasser, Frost und verschiedene Chemikalien sehr widerstandsfähig, sehr empfindlich aber gegen heiße Luft, Dampf und siedendes Wasser.

Walther Pick (Wien).

Galli-Valerio. Beiträge zur Biologie und zur Bekämpfung der Läuse. 3. Mitteilung. Zentralblatt f. Bakteriol. Bd. LXXIX. p. 33.

Zusammenfassung: Man kann Kopfläuse nicht daran gewöhnen, auf weißen Mäusen zu leben. Eine anlockende Wirkung der Farben auf Kopfläuse konnte ich nicht sicher feststellen. Basisches Nikotin in Pulverform kann gegen Läusestich schützen. Fette Öle, Saprol, Petroleum, Nikotin in Pulverform usw. wirken sehr schnell tödlich. Walther Pick (Wien).

Popoff-Tscherkasky. Beitrag zur Kenntnis der Differentialcharaktere zwischen Pediculus capitis und corporis. Zentralbl. f. Bakt. Bd. LXXIX. pag. 29.

Zusammenfassung: P. capitis und corporis bilden zwei außerordentlich nahe verwandte Arten. Man kann vermuten, daß auf dem Menschen ursprünglich eine einzige Spezies von Läusen parasitiert hatte, welche sich in der Folge in zwei Spezies differenzierte u. zw. durch Anpassung an die Umgebung. Die einzigen konstanten Unterscheidungsmerkmale sind: Die größere Länge der Fühler sowie des Femur am 1. Beinpaar bei P. corporis gegenüber den gleichen Teilen von P. capitis. Walther Pick (Wien).

Sikora. Bemerkungen zu der Arbeit von Prof. Kisskalt: „Zur mikroskopischen Anatomie von



Ped. vestimentorum." Zentralbl. f. Bakt. Bd. LXXVI. pag. 159.

Sikora bedauert, daß viele Autoren, die sich mit der Anatomie der Kleiderlaus beschäftigen, nicht die richtigen Organbezeichnungen in ihren Abbildungen verwenden. Speziell die dreipaarigen Speicheldrüsen der Laus werden irrig bezeichnet. So gehört das von Kisskalt als Speicheldrüse bezeichnete Gebilde im Kopfe der Laus dem Fettkörper an. Walther Pick (Wien).

Wollermann und *Büscher*. Beobachtungen über Kleiderläuse und ihre Nissen. Beiträge zur Klinik der Infektions-Krankheiten und zur Immunitätsforschung. Bd. IV. H. 2. p. 165.

Die Verfasser stellen durch Versuche an Gefangenen fest, daß sich auch Kleiderläuse und ihre Nissen an den Haaren der wärmsten Stellen am Körper ansiedeln. Ferner berichten sie über Methoden zur Massendesinfektion und geben eine tabellarische Übersicht über die Wirkung von Entlausungsmitteln am Menschen selbst ausprobiert.

Hamburger (Breslau).

Levy, Bromberg. Soorangina. Berl. klin. Wochenschrift. 1916. p. 1129.

Entstand durch Einnehmen einer mit Soor infizierten Mixtura tolocus. Hans Burkhard (Danzig).

Landau. Über diphtherieähnliche Stäbchen in der normalen Mundhöhle und ihre Beziehungen zur Leptothrix. Berl. klin. Woch. 1916. p. 717.

Die Leptothricheen und weniger auch die Streptothricheen zeigen eine so vielseitige Mutation, daß sie zeitweise das Aussehen von echten Diphtheriebazillen annehmen können und mit diesen schon zu Verwechslungen Anlaß gegeben haben. Hans Burkhard (Danzig).

Pabst, Ch. F. Eine wichtige Gruppe von Hautkrankheiten. Medical Record. 1915. April 10. p. 602.

Die Gruppe, über die sich Pabst äußerst, betrifft die durch Pilze verursachte. Die Arbeit gibt eine kurze, aber scharfe Übersicht der hierher gehörigen Erkrankungen. Für die Differentialdiagnose zwischen Tinea-Sykosis und Sykosis non-parasitaria gibt er folgendes Schema. 1. Bei *a)* (Tinea Sykosis) schnelle Entwicklung, bei *b)* (Sykosis non-parasitaria) langsame Entwicklung, 2. *a)* außerordentlich kontagiös. 3. *a)* Anwesenheit kleiner roter Herde, die im Zentrum abheilen, an der Peripherie fortschreiten, *b)* Anwesenheit von Pusteln, die von einem Haar durchbohrt sind. 4. bei *a)* Befallensein tiefer Gewebe, bei *b)* nur oberflächliche Gewebe befallen. 5. Wenig Eiterung bei *a)*, bei

b) freie Eiterung. 6. bei *a)* wenig Schmerz und mäßiger Juckreiz, bei *b)* intensiver Schmerz, Jucken und Brennen. 7. bei *a*) Haare erkrankt, trübe und brüchig, bei *b)* Haare normal. 8. bei a*)* Haare leicht und schmerzlos zu entfernen, bei *b)* die Entfernung der Haare verursacht Schmerz, bis die Eiterung ausgesprochen ist. 9. *a)* verursacht manchmal permanente Alopekie, bei *b)* ist permanente Alopekie sehr selten. 10. Der Schnurrbart ist bei *a)* selten affiziert, bei *b)* ist der Schnurrbart häufig affiziert, 11. Pilze bei *a)* nachzuweisen (Trichochyton megalosporon ectotrix, bei *b*) sind keine Pilze vorhanden.

Fritz Juliusberg (Posen).

Catsaras, Johannes. Bemerkungen über neue Fälle von Griechischem Myzetom (zweite Mitteilung mit drei Textfiguren und zwei mikrophotogr. Abbildungen). Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. 1915. H. 23. p. 617.

Besprechung des histologischen Befundes bei einem im Archiv Bd. XVI veröffentlichten, wie auch eines neu hinzugekommenen Falles von Mycetoma Pedis. Verfasser gelangt zu folgenden Schlußsätzen: die vier bis heute veröffentlichten Fälle beweisen, daß die Affektion in Griechenland einheimisch und im ganzen Lande verbreitet ist. Die Kulturen zeigen trotz desselben klinischen Bildes und derselben histologischen Veränderungen verschiedenartige Erreger. Bei den 4 Fällen sind drei Spezies gezüchtet worden. Dies bestätigt also die von Bumpt ausgesprochene Meinung, daß die Pilzarten, die den Madura-Fuß erzeugen, verschiedenartige sein können. Smilovici (Breslau).

Pedersen, M. Brun. Ausgedehntes Eczema marginatum nach Kataplasmabehandlung. Ugeskrift for Läger. 1916. Nr. 27. p. 1131—1133.

Der Titel gibt den Inhalt an. Kasuistische Mitteilung von 2 Fällen. Durch Züchtung auf Sabourauds Nährboden wurde Epidermophyton inguinale nachgewiesen.

Harald Boas (Kopenhagen).

de Reynier, E. Über eine Epidemie von Mikrosporie bei Schulkindern. Revue médicale de la Suisse romande. 1916. p. 625.

Verf. hat in den Volksschulen Neuenburgs 98 Fälle von Mikrosporie beobachtet. Dank den energischen Maßnahmen von Seite der Ärzte und der kantonalen Behörden konnte die Epidemie relativ rasch zum Erlöschen gebracht werden.

Die Therapie bestand in Röntgen-Epilation und Applikation von 5% Jodtinktur. Letztere wurde 2 mal pro Woche mittels Wattebausch kräftig eingerieben. Die kranken



Kinder wurden in besondern Schulklassen unterrichtet und mußten ständig einen Kopfverband tragen. Daneben wurden allgemein prophylaktische Maßnahmen durchgeführt, um einer weiteren Übertragung durch Koiffeure und Kopfbekleidung vorzubeugen. Max Winkler (Luzern).

Sartory. Présence du sporotrichum de Beurmann et Gougerot sur un épi de blé. Compt. rend. d. l. soc. d. biol. Bd. LXXVIII. p. 741. 1915.

Der auf einer Getreideähre in der Umgegend von Nancy gefundene Pilz glich mikroskopisch und biologisch vollkommen dem Sporotrichum B. Im Tierversuche an Ratten, fehlte anfangs die Virulenz, mit jeder Tierpassage aber steigerte sie sich bis zu schnell tötender Septikämie.

F. Münchheimer (Wiesbaden).

Pedersen, Brun. Über die sogenannten sekundären lichenoiden Trichophytiden. Hospitalstidende. 1916. Nr. 20. p. 465—481.

Kasuistische Mitteilung von 6 Fällen; die Eruption war mitunter von Fieber begleitet. Während des Verlaufes wurde zuweilen eine starke Pigmentierung beobachtet, welche bedeutend längere Zeit als die lichenoiden Trichophytien anhielt. Auch das Kapillitium kann affiziert werden.

Harald Boas (Kopenhagen).

Sonstige Dermatosen.

Lipschütz, B. Über eine bisher nicht beschriebene Dermatose: Erythema vasculosum. Wiener klinische Wochenschr. 1916. Nr. 40.

Lipschütz beobachtete eine Affektion in rasch erfolgendem Auftreten von im Niveau der Haut liegenden, hell bis rosaroten Flecken von Mohnkorn- bis Kreuzergröße, die zerstreut angeordnet sind. In den Flecken treten bei genauer Besichtigung zarte, hellrote bis sattrote Gefäßchen hervor, die sich baum- oder netzförmig verzweigen. Charakteristisch für die Dermatose ist: 1. die Gefäßbeteiligung am Aufbau der Effloreszenz sowie die langdauernde Gefäßdilatation; 2. die zirkumskripte Erythembildung; 3. das Vorhandensein von Prädilektionsstellen; 4. der subakute Verlauf mit dem rezidivierenden Charakter.

Viktor Bandler (Prag).

Bond, H. E. Die Ursache und Behandlung der Pellagra. Medical Record. 1916. Mai. 6. p. 816.

Bond kommt auf Grund seiner Ausführungen zu folgenden Schlüssen: 1. Die Pellagra ist eine der Addisonschen Krankheit verwandte Erkrankung. 2. Die Ver-



mehrung von Indol und Skatol sprechen dafür, daß die erregenden Bakterien sich in den Därmen befinden; primär wird das sympathische Nervensystem befallen und sekundär das zentrale Nervensystem. 3. In den aktinischen Strahlen der Sonne sind Faktoren, welche irritierend auf die Hautoberfläche wirken, so daß der Zustand verschlimmert wird. 4. Die Krankheit reagiert auf innere Behandlung mit gastrointestinalen Antiseptizis und auf äußerlich schützende Salben. Fritz Juliusberg (Posen).

Castellani, A. Dermatitis cupoliformis. Journal of tropical medicine and hygiene. 1915. Februar. Ref. The Journal of the American Medical Association. 1916. April 1. p. 1060.

Als Dermatitis cupoliformis oder „tropical ecthyma" bezeichnet Castellani eine bei Europäern in Ceylon vorkommende Erkrankung der Haut. Sie beginnt mit an den Beinen und Füßen gelegenen oberflächlichen gewöhnlich follikulären oder perifollikulären, leicht juckenden roten Flecken, von denen einige verschwinden, andere sich unter Größenzunahme infiltrieren, eventuell die Größe einer kleinen Kirsche erreichen, dann im Zentrum sich öffnen und Anlaß zu kleinen schmerzhaften Ulzerationen geben. Als Ursache stellte C. einen Streptokokkus fest, den er St. tropicalis nennt. Fritz Juliusberg (Posen).

Sutton, Richard. Granuloma pyogenicum der Lippe. The Journal of the American Medical Association. 1916. Mai 20. p. 1613.

Wie Sutton berichtet, hat das Granuloma pyogenicum verhältnismäßig wenig Aufmerksamkeit in der Literatur gefunden. Die Affektion wurde zuerst von Poncet und Dor als Botryomykosis hominis beschrieben. Später wurde festgestellt, daß der Staphylococcus aureus der Erreger dieser Granulationsgeschwülste ist. Sutton berichtet über drei dieser Fälle, die an der Lippe lokalisiert waren. Er behandelte sie mit Exzision und nachfolgendem Gefrieren der Basis mit Kohlensäureschnee.

Fritz Juliusberg (Posen).

Wescott, C. D. Ein Fall von Granuloma pyogenicum am Augenlid. The Journal of the American Medical Association. 1916. Juni 24. p. 2067.

Bei dem 9jährigen Patienten Wescotts entwickelte sich am Augenlid ein leicht blutender Tumor von Warzenform. Der Tumor wurde als Granuloma pyogenicum diagnostiziert und in Äthernarkose entfernt.

Fritz Juliusberg (Posen).



Kolb, R. Über Pyodermatosen. Dtsch. med. Woch. Nr. 10. 1916.

Die meisten im Felde entstandenen Pyodermatosen fand Kolb an Stellen, wo die Kleider rieben oder scheuerten, am Unterschenkel, Kreuzbein, Schulterregion. Leichtere Fälle zeigten mit dünner Epidermis oder Borken bedeckte, eitergefüllte Blasen. Schwerere Infiltrate lagen unter geröteter, geschwollener Haut tiefer im Unterhautzellgewebe. Nach Entleerung des Pustelinhalts erfolgte die Abheilung der Pyodermatose im Gegensatz zum einfachen impetiginösen Ekzem mit Narbenbildung. Bei der Behandlung war Bettruhe geboten, um die Reibung durch Kleidung auszuschalten. Wo mit Perubalsam gespart werden mußte, erzielte die Wilkinsonsche Salbe je einmal an 3 Tagen eingerieben, am dritten Tage ein Bad und eine Wiederholung dieses Turnus bis zur Ablösung der Borken, hierauf Dermatolverband, dann Betupfung mit Jodtinktur, sobald die Stellen trocken waren, zuletzt ein Borsalbenverband gute Heilerfolge. Max Joseph (Berlin).

Goodhart, S. P. Sklerodermie mit Kontrakturen. New York neurological society. 1914. Nov. 10. Medical Record. 1915. Februar 6. p. 248.

Goodhart stellt ein 24jähriges Mädchen vor, bei der die Krankheit vor neun Jahren mit Schwellungen an den Zehen und Steifigkeit an Knien und Zehen begonnen hatte. Gleichzeitig kam es zu einem Gefühl von Kälte und Schwäche in den unteren Extremitäten und paroxysmalen Attacken mit Weißfärbung an den Händen. Dann kam es zu Beugekontrakturen an den Extremitäten, Steifigkeit im Gesicht und an der Brust. Auch auf die Mundschleimhaut ging die Erkrankung über. Fritz Juliusberg (Posen).

Zadek, J. Ein Fall von Sklerodermie mit typischem Röntgenbefund (Sklerodaktylie). Berl. klin. Wochenschr. Nr. 2. p. 8. I. 1917.

Die Sklerodermie gilt jetzt als Angiotrophoneurose, über deren Ursache die Ansichten geteilt sind; in Betracht kommt Symphatikuserkrankung oder Störung der inneren Sekretion. Die 15jährige Patientin bekam unmittelbar nach fieberhafter Halsentzündung Gelenkschwellung an Händen und Füßen; bald darauf „Steif- und Festwerden" der Hände und im Gesicht war die straff gespannte Haut schmerzhaft; dazu kam Kribbeln, Kältegefühl auch in Armen und Beinen und Berührungsschmerz. Unter zunehmender Fingersteifigkeit Haarausfall und tiefbraune Verfärbung an Hals, Nacken, Händen, Vorderarmen, Knien und Rückseite der Oberschenkel, schließlich wiederum Gelenkschmerzen und

Schwellung, seit kurzem auch Herzklopfen. Die Menstruation setzte aus. Die Haut ist glänzend, wenig verschieblich, an Nasenflügel und Lippen verkürzt, an der Stirn spiegelnd; die Venen deutlich sichtbar. In der Kniekehle symmetrisch scharfe Grenze zwischen Pigmentierung und Norm. Füße, Zehen, Schleimhäute normal. Besonders betroffen sind die Hände, deren Beweglichkeit sehr stark gelitten hat, die Finger sind zugespitzt, die Muskulatur atrophisch. Händedruck = 0. Das Röntgenbild ergibt Knotenveränderungen nur an den Händen und zwar symmetrisch. Die Metakarpalia sind auffallend dünn, namentlich in der Mitte. Atrophien finden sich auch an den Phalangen; mitunter ist mehr als die Hälfte des Knochens geschwunden. Bäder, Massage, Elektrisieren, Fibrolysin brachte keine wesentliche Veränderung.

Interessant ist der akute Beginn nach Angina und Gelenkrheumatismus. Das Aufhören der Menses sowie etwas Exophthalmus läßt an Störungen der inneren Sekretion denken.

Derartig schwere Zerstörung der Knochen bei reiner Sklerodaktylie war bisher nicht bekannt, wohl aber ähnliche Bilder bei Raynaudscher Krankheit. Überraschend ist im vorliegenden Fall die Symmetrie, die auf eine Verwandtschaft dieser beiden Trophoneurosen hinweist.

Krakauer (Breslau).

Rathmann, M. Ein Fall von ausgedehntem Naevus vasculosus (Teleangiektasie) mit segmentärer Anordnung. Münch. med. Woch. 1916. Nr. 20.

Kasuistische Mitteilung.

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Budde, Max. Ein Fall von Herpes zoster im Gebiete des Plexus cervicalis nach Typhusschutzimpfung. Münch. med. Woch. 1916. Nr. 3.

3 Tage nach einer Typhusschutzimpfung trat ein Herpes zoster im Bereich der rechten Halsseite bis zum Ohr auf, der gutartig verlief. Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Haxthausen. Epithelproliferation durch Einwirkung von Anilin auf die Haut hervorgerufen. Hospitalstidende 1916. Nr. 42. p. 1018—1042.

In deutscher Sprache in der Dermatologischen Zeitschrift, Oktober 1916, publiziert.

Harald Boas (Kopenhagen).

Cohen, Frank. Rezidivierender generalisierter Herpes infektiösen Ursprungs. The Journal of the American Medical Association. 1916. Mai 20. p. 1598.

Die 30jährige Patientin Cohens litt seit über zwei



Jahren an fortwährenden Herpeseruptionen an Lippen, Nase, Ohren, Brust, Armen etc. Blutkulturen waren negativ, ebensowenig gelang es an den Tonsillen, Zähnen etc. einen Infektionsherd festzustellen. Aus den Kulturen der Bläschen ließ sich ein Streptokokkus reinzüchten. Heilung durch eine aus diesen Streptokokken hergestellte Vakzine.

Fritz Juliusberg (Posen).

Bardach, Kurt. Über ein gehäuftes Auftreten von Fibromen an der Handinnenfläche. Münch. med. Woch. 1916. Nr. 26.

Bei 10 Soldaten wurden auf der Handinnenfläche Knoten von derber Konsistenz beobachtet. Diese saßen breitbasig auf der Unterlage auf. Größe: bis Bohnengröße. Keine Beschwerden.

Mikroskopische Diagnose: Fibrome.

Auffallend ist, daß die Soldaten zwei ganz engen Truppenverbänden angehörten, so daß man von einer kleinen Epidemie zu reden versucht wäre.

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Heusler-Edenhulzen. Zur Ätiologie und Therapie des Pruritus vulvae. Münch. med. Woch. 1916. Nr. 16.

Verf. wandte bei Pruritus vulvae mit Erfolg Pinselungen mit Jodtinktur an. In Fällen, bei welchen noch Fluor bestand, wurde mit der Nassauerschen Sikkatorbehandlung die Jodtinkturbehandlung kombiniert.

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Niels Nander. Über Prurigo nodularis. Hospitalstidende 1916. Nr. 36. p. 869–883.

Kasuistische Mitteilung von 2 Fällen. Histologisch wurde eine Neurodermitis nachgewiesen.

Harald Boas (Kopenhagen).

Schlenker, L. Purpura haemorrhagica, behandelt mit normalem Pferdeserum. The Journal of the American Medical Association. 1916. April 1. p. 1020.

Schlenkers Patient erkrankte im Anschluß an Krankheitssymptome, die als Grippe gedeutet wurden, an Blutungen aus dem Munde und im Urin, zu denen eine Purpura der Haut hinzutrat. Blutiges Erbrechen, Blut im Stuhl und Blutungen aus der Nase verursachten so starken Blutverlust, daß der Zustand ein gefährdeter wurde. Heilung durch subkutane Injektionen von Pferdeserum.

Fritz Juliusberg (Posen).

Duschkow-Kessiakoff, Christo. Heilung eines Falls von Morbus maculosus Werlhofi durch Koagulen Kocher-Fonio. Dtsch. med. Woch. Nr. 25. 1916.

Das bisher gesunde Kind erkrankte unter schweren

Allgemeinerscheinungen an typischem Morbus maculosus Werlhofii. Duschkow-Kessiakoff machte den Versuch, die Krankheit mit Koagulen zu behandeln und erzielte einen ausgezeichneten Erfolg. Eine subkutane Injektion von 1 *ccm* der 10% Koagulenlösung in physiologischer Kochsalzlösung ließ die Blutextravasate, Schwellungen, Petechien und Ekchymosen allmählich verschwinden, worauf sich auch das Allgemeinbefinden besserte.

Max Joseph (Berlin).

Otto, R. und *Hoefer*, P. A. Die Prophylaxe der Serumkrankheit, im besonderen durch antianaphylaktische Schutzimpfungen. Zeitschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. Bd. LXXX. Heft 1. p. 1. 1915.

Gaffky und Heubner kamen in einem ausführlichen Referat zu dem Schluß, daß im Vergleich zum Nutzen des Diphtherieserums die geringen Gefahren der Serumkrankheit nicht ins Gewicht fallen können. Aus der Literatur ergibt sich übrigens die überraschende Tatsache, daß die Todesfälle meist bei Erstinjizierten vorkamen. Es besteht eben ein weitgehender Unterschied zwischen Meerschweinchen und Mensch. Versuche, durch kleine prophylaktische Seruminjektionen Antianaphylaxie zu erzeugen, hatten bisher keine eindeutigen Ergebnisse. Daher prüften O. und H. diese Frage noch einmal experimentell an Meerschweinchen mittels einmaliger subkutaner Injektion von Pferdeserum. Die Reinjektion erfolgte intravenös, ebenso die Prüfungsinjektion, ob Antianaphylaxie durch die Reinjektion eingetreten sei. Die Methode erwies sich als wenig geeignet zur Erzeugung von Antianaphylaxie. Etwas besser war der Erfolg bei subkutaner Schutzimpfung mit höheren Dosen. Stärkerer antianaphylaktischer Schutz ließ sich erzielen durch langsame Sensibilisierung mit steigenden Dosen, wonach antianaphylaktischer Schutz schon nach 3 Stunden erkennbar wurde. Aus zahlreichen modifizierten Versuchsreihen lediglich an Meerschweinchen (intrakutane, subkutane, intravenöse Einspritzung, steigende Dosen, fallende Dosen) ziehen O. und H. den Schluß, daß „beim Menschen zur Erzielung eines antianaphylaktischen Schutzes die subkutane Injektion von 0·5—1 *ccm* Serum“ vorzuschlagen sei. Sie muß 3—4 Stunden vor der therapeutischen Einspritzung erfolgen.

Angesichts der Tatsache, daß die Reaktionsbeziehungen zwischen Pferdeserum und Meerschweinchen noch nicht ohne weiteres übertragen werden dürfen auf andere Organismen und der von den Autoren selbst hervorgehobenen Beobachtung, daß die Anaphylaxie beim Menschen weit milder und seltener auftritt als beim Meerschweinchen,



scheinen die praktisch-therapeutischen Ergebnisse für die Diphtheriebehandlung von verhältnismäßig geringer Bedeutung (Ref.). Krakauer (Breslau).

Seitz, L. Die Behandlung der Schwangerschaftstoxikosen. Therap. Monatsh. 1916. H. 4. p. 173.

Nach Schilderung der bis jetzt bekannten, durch den Zustand der Gravidität bedingten Stoffwechselstörungen kommt Verf. auf deren Folgen, die Schwangerschaftstoxikosen, zu sprechen, unter denen die entsprechenden Hauterkrankungen (Herpes gestationes, Impetigo herpetiformis, Pruritus, Ekzeme, urtikarielle Exantheme) zuerst besprochen werden. Es handelt sich bei ihnen offenbar nur um geringe Störungen im Stoffwechselgleichgewicht, die vielleicht auf dem Gebiete des Mineralstoffwechsels zu suchen sind. Als Therapie empfiehlt Verf. Bettruhe, vegetabilische Kost und subkutane Infusion von 200 *ccm* Ringerscher Flüssigkeit. Sollte der Erfolg ausbleiben, dann wird Pferdeserum (20 *ccm*) und falls auch dann der Ausschlag nicht schwindet, Serum einer gesunden Schwangeren (10—20 *ccm*) angewandt.

Siegmund Bochyński (Würzburg).

Paltauf, R. und *Scherber*, G. Ein Fall von Mykosis fungoides mit Erkrankungen von Nerven und mit Lokalisation in den inneren Organen. Virchows Archiv. Bd. CCXXII. (Festschrift f. Weichselbaum.)

Die hier beobachtete Pat. zeigte auf der Haut hauptsächlich Erscheinungen ekzematoiden Charakters, nur an einzelnen Stellen kam es auf der Basis dieser zu Tumorbildung. Gleichzeitig bestanden andauernd heftige neuritische Schmerzen im rechten Oberschenkel und im Gebiete des rechten Trigeminus. Schließlich trat eine komplette peripherische Okulomotoriuslähmung rechterseits auf. Die histologische Untersuchung des Falles ergab einwandfrei, daß die Ursachen der Neuritis in mykosiden Infiltrationen der Nervenstämme gelegen war. Außerdem ergab die Obduktion noch Tumorbildung in der Lunge, Pleura, Herz und im Magen. Kyrle (Wien).

Weber, J. Ein Fall von Mykosis fungoides. Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte. 1916. Nr. 31. p. 983.

Fall von Mykosis fungoides bei einer 72jährigen Frau, der die Eigentümlichkeit hatte, gleich bei Beginn in Tumorform aufzutreten und der vorübergehend recht gut auf Arsen reagierte, während die Röntgen-Behandlung keinen nennenswerten Erfolg zu bringen vermochte.

Bei der Autopsie konnten Tumoren der Haut festgestellt werden, die aufs Sternum und das Peritoneum in die Tiefe gewuchert waren. Ferner fand sich eine subpleurale Infiltration einzelner Lungenabschnitte mit typischen Geschwulstzellen, ferner waren außer den regionalen auch die retroperitonealen und bronchialen Lymphdrüsen zu großen Paketen angeschwollen. Sonst keine Metastasenbildung. Max Winkler (Luzern).

Hirschfeld, Berlin. Chronische lymphatische Leukämie, im Anschluß an eine langdauernde Eiterung entstanden, mit Infiltraten der Nase und der angrenzenden Gesichtshaut. Berl. klin. Wochenschr. 1916. Nr. 14. p. 365.

Im Anschluß an eine durch Trauma (komplizierte Fraktur des linken Unterschenkels!) entstandene langjährige Eiterung treten bei dem Pat. universelle Drüsenschwellungen, Schwellung der Milz und Leber mit Infiltraten der Nase und der angrenzenden Gesichtshaut auf; Zahl der Leukozyten 160.000 mit Überwiegen der Lymphozyten. Möglichkeit eines Zusammenhanges zwischen Infektion und Leukämie. Hans Burkhard (Breslau).

Scholl, Otto Konrad. Uber abortive Formen der Recklinghausenschen Krankheit. Inaug.-Diss. Straßburg 1915.

Wie wir sehr ausgesprochene Formen der Recklinghausenschen Krankheit sehen, in welchen die Symptome I. und II. Ordnung vollzählig vorhanden sind, die Haut von Tumoren und Pigmentherden übersät ist, die Nerven oft weitgehende, zu Kolossaltumoren vorgeschrittene Veränderungen aufweisen, die Symptome II. Ordnung mehr oder weniger zahlreich vertreten sind und zum Überfluß das kongenitale, hereditäre und familiäre Moment sich mit Sicherheit nachweisen läßt — so haben wir andererseits im Laufe der Zeit Krankheitsbilder kennen gelernt, in denen das eine oder andere, sogar zwei der Kardinalzeichen fehlen, bei mehr oder weniger ausgesprochenem Vorhandensein von sekundären Symptomen und auch der Nachweis der Heredität nicht immer einwandsfrei gelingt, kurzum Bilder, welche das andere Extrem darstellen.

Sch. berichtet in seiner Arbeit über 2 eigene Beobachtungen, welche in diese Kategorie der sog. abortiven Formen der Recklinghausenschen Krankheit gehören. Sch. weist an der Hand derselben nach, daß sich solche monosymptomatische Formen der Affektion noch sehr wohl in den Rahmen des Krankheitsbildes einfügen lassen, auch wenn eine einwandsfreie Heredität



bezüglich der Hauterscheinungen nicht festzustellen ist.

So ist in dem einen, von Sch. beschriebenen Falle das körperliche und geistige Zurückbleiben des Jungen ein so ausgesprochenes und auffälliges, daß die Störungen, im Verein mit der sehr charakteristischen Hautpigmentation, die Diagnose auf Abortivform der Recklinghausenschen Krankheit rechtfertigen.

Als absolut sicher kann die Diagnose in dem anderen Falle Schs. gelten. Hier haben sich bei einem Mädchen, das anfänglich ebenfalls nur Hautpigmentationen aufwies, unter den Augen des Ref. die typischen Hauttumoren entwickelt.

Sch. belegt seine bemerkenswerten Ausführungen mit den äußerst spärlichen einschlägigen Fällen der Literatur.

C. Adrian (Straßburg i. E.).

Bronner, August. Über Ichthyosis palmaris et plantaris hereditaria. Inaug.-Diss. Straßburg 1915. (Mit einer Stammtafel.)

Der Verf. hat sich der Mühe unterzogen, einer sog. Keratomfamilie, von welcher dem Ref. einige Mitglieder seit längerer Zeit bekannt waren, nachzugehen und einen Stammbaum derselben (bis in die 5. Generation!) zu entwerfen, wie ihn die Literatur seinesgleichen nicht aufweist.

Der Verfasser hat bei seinen Untersuchungen einige, wie mir scheint, recht interessante Feststellungen gemacht, vor allem, daß hinsichtlich der für das Keratoma palmare et plantare differential-diagnostisch gegenüber der Ichthyosis localis aufgestellten Merkmale, sowohl was ihr Vorkommen, als auch was ihre Ausprägung und Ausdehnung anbelangt, die größten Verschiedenheiten herrschen und daß das Keratoma palmare et plantare weiter nichts ist, als eine atypisch an Handflächen und Fußsohlen sich lokalisierende Ichthyosis.

Zum Schlusse weist der Verf. darauf hin, daß er in seinen Fällen die Mendelschen Vererbungsgesetze glänzend bestätigt findet. C. Adrian (Straßburg i. E.).

Oppenheim, M. Hautschädigungen in Munitionsfabriken mit besonderer Berücksichtigung der Quecksilberwirkung. Wiener klin. Wochenschr. 1915. Nr. 47.

Oppenheim beobachtete bei Munitionsarbeitern eine große Zahl von Hautschädigungen, die hauptsächlich in Toxikodermien durch Arbeiten mit Hg und Ekzemen, sowie Verbrennungen bestanden, insbesondere Nagelveränderungen



bei Kapselarbeiterinnen, dann Rhagaden in der Flachhand bei Arbeitern, welche die Zünder drehen. Das Krankheitsbild, das durch Hg hervorgerufen wird, beginnt mit Rötung des Gesichtes und der Handrücken, dann tritt ein Ödem hauptsächlich des Gesichtes hinzu. Zur Entwicklung einer ausgeprägten Dermatitis kommt es selten, zumeist bei fortgesetzter Arbeit und Vorhandensein anderer irritierender Substanzen. Gleichzeitig besteht in vielen Fällen Salivation und Schwellung des Zahnfleisches ohne Ulzerationsbildung.

Viktor Bandler (Prag).

Smith, Enid. Die Verhütung, Symptome und Behandlung der Tetryldermatitis. British Medical Journal. 1916. April 29. Ref. Medical Record. 1916. Juni 3. p. 1012.

Bei den Munitionsarbeiterinnen, die Smith ärztlich zu behandeln hatte, traten häufig schwere Dermatitiden, Konjunktivitis, Reizungen der Nasen- und Rachenschleimhaut, leichte Allgemeinerscheinungen nach Hantieren mit Tetryl (Tetra-nitromethyl-anilin) auf. Smith äußert sich eingehend über die von ihm ausgeübte Behandlung.

Fritz Juliusberg (Posen).

Wittrock. Über Empfindlichkeit der Haut gegen Berührung mit Atoxyllösung. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. 1914. H. 5. p. 163.

Regelmäßiges Auftreten einer lokalisierten Dermatitis, die bei Aussetzen der Atoxylverwendung vollständig aufhörte.

Smilovici (Breslau).

Loeb † und *Loewe*. Die örtliche Reizwirkung der zur Injektionsbehandlung empfohlenen Digitalispräparate. II. Teil. Therap. Monatsh. 1916. H. 5. p. 220.

Unter den gebräuchlichen Präparaten reizt Digalen am stärksten, Digifolin praktisch gar nicht; ihm steht nahe das Digitalis-Dialysat. Zur Prüfung von Substanzen auf örtliche Reizbarkeit wird besonders die Haut des Schweines empfohlen.

Siegmund Bochyński (Würzburg).

Schöppler. Über eine pemphigusartige Erkrankung bei Lacerta agilis L., durch Gregarinen hervorgerufen. Zentralbl. f. Bakt. Bd. LXXIX. p. 27.

Im Pustelinhalt fand sich die Gregarina polymorpha.

Walther Pick (Wien).

Alföldi, Béla. Das Nagelbettzeichen. Dtsch. med. Woch. Nr. 29. 1916.

Eine eigentümliche Veränderung des Nagels sah Alföldi nach Verletzungen des Unterarms. Die glanz-



losen, sehr stark gekrümmten Nägel zeigten tiefe Querfurchen, waren krallenartig geformt und mit den nicht normal beerenförmigen, sondern zugespitzten Fingerkuppen derart verwachsen, daß der Saum zwischen dem Nagelrand und der Fingerspitze völlig verschwunden war. Die Haut erschien trocken, matt und fleckig. Beim Abschneiden des Nagels erfolgte Blutung. Bei näherer Nachforschung stellte sich ein Zusammenhang dieser Nagelabnormität mit Verletzungen der Armnerven heraus. Durch die Erkrankung der den Nagel versorgenden, trophischen Nervenfasern war eine Störung in der Ablösung der Nagelplatte vom freien Rande des Nagelbetts eingetreten. Der Nagel wuchs in distaler Richtung, schob das nicht mehr sich ablösende Nagelbett vorwärts und so entstand an Stelle des Nagelsaums ein dünnes hautartiges oder dickeres, fleischiges, schuppendes Gebilde. Verf. führt Fälle aus eigner Beobachtung sowie aus der Literatur an, welche beweisen, daß dieses Nagelbettzeichen an Händen und Füßen häufig nach Operationen oder Verletzungen der Extremitäten auftrat, wenn Nerven beschädigt worden waren. Dabei brauchte die Hemmung der Nervenleitung noch nicht zur Lähmung geführt zu haben. Verf. weist auf den diagnostischen Wert dieses leicht zu erkennenden Merkmals hin.

Max Joseph (Berlin).

Weiß, Eugen. Das Verhalten der Hautkapillaren bei akuter Nephritis. Münch. medizin. Woch. 1916. Nr. 26.

Mittels mikrophotographischer Aufnahmen gelang es Verf., bei einem Falle von Nephritis Veränderungen der Hautkapillaren nachzuweisen. Die Blutströmung in denselben war verlangsamt. Der erhobene Befund ist für die Frage der Ätiologie der akuten Nephritis von Bedeutung und berechtigt zu dem Hinweis, daß es sich bei den Kapillarveränderungen mindestens um gleichzeitig neben der Nephritis einhergehende Prozesse handelt.

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Kolopp. Über einige seltenere Hautveränderungen bei Erkrankungen der Harnorgane. Zeitschrift für Urologie. Bd. X. 1916. p. 169.

Verf. erwähnt die mehrfach beschriebenen fleckförmigen Hautpigmentationen bei Nieren- und Nebennierenerkrankungen sowie das Zusammentreffen von multiplen Hautfibromen mit Nebennierengeschwülsten oder Geschwülsten von versprengten Nebennierenkeimen. Als Beispiel von gleichzeitiger Erkrankung von Haut, Nieren und anderen Organen, wie Herz und Gehirn, wird die tuberöse Sklerose

angeführt, ein zur Idiotie und Epilepsie in Beziehungen stehendes Krankheitsbild mit Knotenbildungen im Gehirn, Herz und Nieren sowie besonderen Veränderungen der Haut in Form des Adenoma sebaceum.

Es werden schließlich folgende, in Zusammenhang mit Blasenerkrankungen auftretende Hautveränderungen aus der Literatur zusammengesetzt: die Atrophia cutis idiopathica, das Erysipel, das Quinkesche Ödem, das Myxödem, der Herpes zoster, die diffuse Sklerodermie mit Raynaudscher Krankheit, der Pemphigus des ganzen Körpers, die Purpura haemorrhagica der Haut, teleangiektatische Angiome der Haut und syphilitische Haut- und Schleimhauterscheinungen.

Verf. erwähnt schließlich die Hautveränderungen bei gewissen Veränderungen der chemischen Zusammensetzung des Harnes, wie Pruritus bei Diabetes und Ikterus, Furunkulose bei Diabetes, das Xanthoma glycosuricum und ictericum, sowie die Hämatoporphynurie bei Hydroa vacciniforme. Silberstein (Breslau).

Adrian. Hyperalgetische Zonen und Herpes zoster bei Nierenerkrankungen. Zeitschr. f. Urol. Bd. VIII. 1914. p. 477.

Einer Zusammenstellung von Fällen hyperalgetischer Zonen und Bläschenausschlägen bei Nierenerkrankungen reiht Verf. seine eigene Beobachtung an einem Falle von Nierenerkrankung mit gleichzeitigem Herpes zoster an. Es war das typische Bild eines Herpes zoster dorso-abdominalis und lumbo-inguinalis der linken Seite, entsprechend den Hautbezirken der X. bis XII. Dorsalzone. Der Ausschlag trat zugleich mit dem Abklingen eines schweren linksseitigen Kolikanfalles auf. Die Kolikanfälle hatten sich häufig wiederholt, ohne daß es zu Hautausschlägen gekommen war. Schmerzanfälle scheinen demnach für das Auftreten des Ausschlages nicht unbedingt nötig zu sein, wie es Fälle von Herpes zoster bei Schrumpfniere und grobem Nierentrauma aus der Literatur bewiesen haben. In sämtlichen Fällen fällt die Ähnlichkeit zwischen den Zonen der Herpeseruption und jenen der Überempfindlichkeit infolge von Nierenerkrankungen auf. Offenbar ist der Herpesausschlag in diesen Fällen nur eine andere Äußerung der sensiblen Störung der Haut. Für die Genese dieser Zostereruptionen muß man entsprechend der Genese der Zostereruptionen überhaupt einen von den sympathischen Fasern der Nieren bzw. des Nierenbeckens, welche dem X. bis XII. Dorsalsegment entspringen, ausgehenden Reizzustand eines oder mehrerer benachbarter Intervertebralganglien hämor-

rhagischer oder hämorrhagisch entzündlicher Natur annehmen. Silberstein (Breslau).

v. Lepkowski, V. und *Brünauer,* R. Zur Therapie der Erfrierungen. Wiener med. Wochenschr. 1915. Nr. 51.

Die Tendenz der Behandlungsmethode geht dahin, 1. dem Eiter allenthalben freien Abfluß zu ermöglichen (Inzisionen, feuchte Verbände); 2. eine Propagierung phlegmonöser Prozesse zu verhindern (intraparenchymatöse Injektionen von 1—5 cm^3 einer 20% Formaldehydlösung).
Viktor Bandler (Prag).

Labor, Marc. Über Erfrierung ersten Grades und ein wichtiges Symptom derselben. Wiener med. Wochenschr. (Militärarzt.) 1916. Nr. 19.

Mit dem Nachweise der latero-lateralen Druckschmerzhaftigkeit bei Kompression des Fußes in der Höhe der Metatarsalköpfchen, wobei Daumen und Zeigefinger auf die Capitula metatarsi I und V drücken, ist die Diagnose der beginnenden Erfrierungszustände erleichtert.
Viktor Bandler (Prag).

Therapie.

Joseph, Berlin. Über einen Glyzerinersatz für dermatologische Zwecke. Berliner klin. Woch. 1916. Nr. 18. p. 481.

Bei der jetzigen Glyzerinknappheit ist ein vollwertiger Ersatz für dieses das von Prof. Neuberg in der chem. Abteilung des Kaiserl. Wilhelm-Instituts in Dahlem dargestellte Perglyzerin und Perkaglyzerin von der chem. Fabrik Winkel am Rhein vorm. Goldenberg, Geromont & Cie. in den Handel gebracht. Hans Burkhard (Breslau).

Böckel, Berlin. Über das physiologische Verhalten des Perglyzerins und Perkaglyzerins. Berl. klin. Woch. 1916. Nr. 19. p. 495.

Verf. kommt bei seinen Untersuchungen zu dem Ergebnis, daß das Perglyzerin für die ärztliche Praxis als ein sehr weitgehendes und ausgezeichnetes Ersatzmittel für das echte Glyzerin angesehen werden kann.
Hans Burkhard (Breslau).

Albu, Berlin. Therapeutische Erfahrungen mit einem Glyzerinersatzmittel. Berl. klin. Woch. 1916. Nr. 19. p. 496.

Albu empfiehlt das Perglyzerin und Perkaglyzerin als Klistiermittel und als Konservierungsmittel von Instrumenten. Hans Burkhard (Breslau).



Wechselmann. Perglyzerin und Perkaglyzerin als Ersatzmittel des Glyzerins in der Dermatologie. Dtsch. med. Woch. Nr. 17. 1916.

Die von Wechselmann empfohlenen Mittel besitzen die drei wertvollsten Eigenschaften des Glyzerins: neutralen Charakter, Schlüpfrigkeit und wasserentziehende Kraft, sind von wasserheller oder hellgelber Farbe, entbehren nur den süßen Geschmack des Glyzerins, der aber durch Zucker oder Saccharin zu ersetzen ist und sind völlig ungiftig. Das Perkaglyzerin tat bei spröder Haut gute Wirkung rein oder in Wasser verdünnt, ebenso in Schüttelmixtur oder Zinkleim. Auch Ichthyosis wurde günstig beeinflußt. Ein Zusatz von Talkum erzeugt salbenähnliche Masse, welche ein geringes Brennen hervorruft, das aber fortfällt, wenn mit Lanolin oder Vaselin gemischt wird. Auch als Gleitmittel für Katheter und Zystoskope ist das Präparat brauchbar. Das Perglyzerin gleicht chemisch und im physiologischen Verhalten dem Perkaglyzerin, es zeigte nur eine etwas geringere Hygroskopizität. Max Joseph (Berlin).

Meirowsky. „Mollphorus" als Glyzerinersatz. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 51. p. 18. XII. 1916.

Mollphorus (hergestellt von der Firma Hans Schmitz in Köln-Müngersdorf) ist eine hochprozentige, flüssige Raffinade aus Rohr- und Invertzucker. Es ist neutral bis schwachsauer, hat alle Eigenschaften des Zuckersirup, ist mit Wasser in allen Verhältnissen mischbar und nur in sehr starken Verdünnungen nicht unbegrenzt haltbar. Versuche bestätigten, daß es bei Trockenpinselungen und Zinkleim vollständiger Ersatz für Zinkleim ist; nur trocknet es etwa eine Viertelstunde später aus. 1 *kg* kostet 60 Pfennige. Adolf Krakauer (Breslau).

Herxheimer, Frankfurt. Über Seifenersatz. Berl. klin. Woch. 1916. Nr. 17. p. 451.

Die Hirsch-Apotheke in Frankfurt stellt einen Seifenersatz dar, das Sapartil, zum Preise von 20 Pf. pro Stück erhältlich. Das Sapartil besteht aus Silikaten, die durch Pflanzenschleim zusammengehalten werden und wobei die reinigende Wirkung durch Zusatz von Saponinen erhöht wird. Hans Burkhard (Breslau).

Sachs, Frankfurt a. M. Lotional, eine fettlose Salbe. Berl. klin. Woch. 1916. p. 1156.

Verbindung von Zinkoxyd und Aluminiumhydroxyd; soll dem Bedürfnis entsprechen, über ein Salbenpräparat



zu verfügen, „das wirklich und absolut" fettfrei ist. Erhältlich in der Hirsch-Apotheke in Frankfurt a. M.

Hans Burkhard (Danzig).

König. Über Verwendung von Perhydritstäbchen bei eiternden Wunden. Therap. Monatsh. Nov. 15. p. 614.

Bei Anwendung von Perhydrit-Merk wird der Heilungsprozeß eiternder Wunden bedeutend beschleunigt.

Hans Burkhard (Breslau).

Unna. Kriegsaphorismen.

Prurigo mitis. Berl. klin. Woch. 1916. Nr. 7. p. 153.

Einpinselung mit 10% Ichthyolgelenth nach vorhergehender Abreibung der juckenden Stellen mit Sandpapier und Einwirkenlassen folgenden Puders:

R: Paradichlorbenzol 5·0,
Pulvis fluentis ad 50·0.

Miliaria rubra. Berl. klin. Woch. 1916. Nr. 8. p. 177.

Einpudern mit einem eintrocknenden antiparasitären Puder: R: Magn. carb., Talc. aa 50·0,
Sulf., Zinc. oxydat. aa 25·0,

oder: R: Pulv. Ichthargan,
Magn. carb. aa 25·0.

Cheiropompholyx. Berl. klin. Wochenschr. 1916. Nr. 10. p. 241.

R: Arg. nitr. 1·0,
Spirit. nitros. aether. 20·0,
N. ad vitoum nigr.
S. Zum Einpudern.

Ekzem. Berl. klin. Woch. 1916. Nr. 17. p. 441.

Zur Schmierkur beim kallösen Ekzem empfohlen:

R: Zinc. oxydat.,
Ichthyol aa 10·0,
Resorzin,
Ungt. mollis aa 40·0,
MDS. Pasta lepis nutica.

Zur Erhöhung der Konsistenz dieser Pasta Zusatz von 20% Ungt. Hebrae. Hans Burkhard (Breslau).

Unna. Kriegsaphorismen. XX. 7. 6. Berl. klin. Woch. 1916. Nr. 20. p. 521.

Lichen. Empfohlen Schmierkur mit folgender Salbe:

R: Ungt. Zinci ad 500·0,
Acid. carbolic. 5·0,
Sublimat 2·0.

MDS. Lichensalbe; täglich zweimal Einreiben und Medikation mit folgenden Pillen:



R: Acid. arsenicos. 0·5,
Carbon. pulv. 3·0,
Sapon. med. pulv. 0·5,
Seb. pil. 6·0,
F. pil. Nr. 6,
Obd. len. ard. keratin.,
S. täglich 10 Pillen.

Hans Burkhard (Breslau).

Dosquet, Wilhelm. Offene oder klimatische Wundbehandlung? Dtsch. med. Woch. Nr. 12. 1916.

Seine Befürwortung der offenen und klimatischen Wundbehandlung begründet Dosquet mit dem antiseptischen Einfluß von Licht und Luft. Wirkt das Licht direkt bakterizid, so verschlechtert die Luftzufuhr den Nährboden durch ihre austrocknende Kraft. Praktische Versuche bestätigten diese Erwägungen völlig, und auch der Kälteeinfluß erwies sich entgegen alten Anschauungen als heilsam durch die physiologische Wirkung auf die Blutzirkulation. Die offene Wundbehandlung darf aber nicht in einer Spitalluft erfolgen, welche keine klimatischen Vorzüge besitzt, sondern bedarf des freien Zutritts von Licht und reiner Luft. Die Krankenräume Dosquets, welche in der Arbeit beschrieben und durch Abbildungen veranschaulicht werden, ermöglichten diese gesunde Beeinflussung der Wunden und erzielten bei Erfrierungen und Eiterungen die besten Erfolge. Chirurgische Eingriffe wurden auf das möglichst geringste Maß beschränkt. Die Epithelisierung vollzog sich leichter und mit besserer Narbe als unter festen Verbänden.

Max Joseph (Berlin).

Schmitt, Arthur Die spezifische Behandlung der Hautkrankheiten. Beiträge zur Klinik der Infektionskrankheiten und zur Immunitätsforsch. Bd. IV. H. 3. p. 259.

Die Anwendung des Histopins empfiehlt sich bei oberflächlichen, die der Staphylokokkenvakzine bei tiefgreifenden Staphylokokkenerkrankungen. Bei Pilzerkrankungen lassen sich therapeutische Erfolge durch spezifische Behandlung nur bei tiefen Trichophytien erzielen.

H. Hamburger (Breslau).

v. Noorden, C. Über einen Fall von chronischer Trionalvergiftung. Therap. Monatsh. 1916. H. 9. p. 426.

In dem hier geschilderten Krankheitsbild chronischer Trionalvergiftung überwogen Herzschwäche, Anämie und Polyneuritis, das auffallendste Symptom war Hämatopor-

phyrinurie, während die in anderen Fällen häufig beobachteten toxikodermatischen Erscheinungen, wie scharlachartige Erytheme, papulöse, urtikarielle und pemphigoide Exantheme sowie Hautblutungen vollständig fehlten. Ihr Ausbleiben führt N. darauf zurück, daß die sich vor Erkältungen fürchtende 68jährige Patientin wenig ausging und sich stets in Räumen aufhielt, die durch schwere Vorhänge erheblich verdunkelt waren. Dadurch hatte sie den schädigenden Einfluß hellen Lichtes unwissentlich ausgeschaltet, so daß es trotz der Sensibilisierung ihrer Haut durch das Hämatoporphyrin zu keinen Reaktionserscheinungen kommen konnte. N. betont, daß das Hämatoporphyrin ein starker Sensibilisator für Lichtschäden ist und glaubt, daß die Haut wahrscheinlich auch in diesem Falle unter dem Einfluß der kurzwelligen Strahlen des Sonnenlichtes erkrankt, daß es ferner vielleicht zu Methämoglobinämie und Nephritis gekommen wäre. Der letzte Satz der Arbeit lautet: „Das Fernhalten der chemisch wirksamen Strahlen des Sonnenlichtes ist in allen Fällen von Hämatoporphyrinurie unbedingtes Erfordernis." (Es sei hier auch an die Befunde von Hämatoporphyrinurie bei Hydroa vacciniforme erinnert. D. Ref.)

Siegmund Bochyński (Würzburg).

Grafe, E. Über den heutigen Stand der physikalischen und chemischen Antipyrese. (Schluß.) Therap. Monatsh. 1916. H. 4. p. 161.

Aus der Arbeit sei nur der Einfluß der Antipyrese auf die Abwehrreaktionen des Organismus erwähnt. Die bisherigen Untersuchungen scheinen, wie Verf. behauptet, nur soviel zu beweisen, daß die Bildung spezifischer Antikörper durch Antipyrese eher gefördert als beeinträchtigt wird. Irgend welche Vorteile eines besonderen Mittels haben sich nicht nachweisen lassen.

Siegmund Bochyński (Würzburg).

Rudolf. Über die Verwendung des Tumenols bei Ulzerationen. Therap. Monatsh. 1916. H. 4. p. 186.

Für Ulzerationen wird Tumenol. venale mehr als Tumenolammonium empfohlen. Die Arbeit enthält nichts Neues. Siegmund Bochyński (Würzburg).

Spiethoff. Jena. Optochin bei Hauterkrankungen. Berl. klin. Woch. 1916. Nr. 23. p. 624.

Verf. empfiehlt die Anwendung des Optochins in Fällen, wo andere Chininpräparate versagen.

Hans Burkhard (Breslau).

Schürmann, H. Zur Technik der Händedesinfektion mit Spiritus. Dtsch. med. Woch. Nr. 18. 1916.

Schürmann suchte auf einfache Weise zwei Fehler der Desinfektion mit Spiritus auszuschalten: das Berühren der Flasche mit der infizierten Hand und die Verdunstung des Spiritus durch den eingeschnittenen Korken. Durch einen Korken wurde ein konisches Loch gebrannt und mit diesem und einem ausgehöhlten, abgefeilten Infanteriegeschoß, dem ein Draht eingelötet wurde, ein Kegelventil hergestellt. Die mit Spiritus gefüllte, mit dem Korkventil versehene Flasche wurde an die Wand gehängt und der Spiritus durch leichten Druck auf das Ventil tropfenweise auf Hand oder Watte geträufelt. Ein anderes Modell bestand aus einer Konservenbüchse, eingelötetem Blechringe, Infanteriegeschoß, Draht, Blechstreifen und darunter stehender Blechschale für Wattebäusche und konnte auf jedem Tische aufgestellt werden.

Max Joseph (Berlin).

Börnstein, Paul. Versuche über die Möglichkeit, infizierte Hände durch einfache Verfahren zu desinfizieren. Zeitschrift f. Hygiene u. Infektionskrankheiten. Bd. LXXIX. p. 145. 1915.

B. infizierte Fingerendphalangen und Unternagelräume mit Kolikulturen; nach der Desinfektion Abimpfung auf modifizierte verflüssigte Drigalskiagarböden. Die Desinfektionsmethoden waren solche, die unter primitiven Verhältnissen von Laien — Bazillenträgern — ohne besondere Umstände ausgeführt werden können: Waschen der Bürsten mit heißem Seifenwasser; 1‰ Sublimatlösung; 60—70—81% Alkohol; Einreibung bzw. Mullläppchenabreibung mit Rizinusseifenspiritus. Es handelte sich um Schnelldesinfektionen bei einem Verbrauch von 5 bis höchstens 25 *ccm* Desinfektionslösung. Einreibung mit 5—10 *ccm* Rizinusseifenspiritus erzielte in 3/4 der Fälle Beseitigung der Kolikeime; erheblich besser war das Ergebnis bei Abreiben mittels Mull- oder Wattebausches unter Verbrauch von 20 *ccm*. Alkohol ohne Seifenzusatz wirkte schlechter.

Adolf Krakauer (Breslau).

Floer, H. Ein schmerzstillendes Gurgel- und Mundwasser. Deutsche med. Woch. Nr. 23. 1916.

Das von Floer empfohlene Subkutin-Mundwasser ist eine ungiftige 2%ige Lösung von paraphenolsaurem Anästhesin und wirkt schmerzlindernd, desinfizierend und adstringierend. Günstige Erfolge wurden bei oberflächlichen Mundaffektionen, Stomatitis, Zungenaffektionen, Rissen. katarrhalischer und follikulärer Angina, Diphtherie, Pharyngitis und Seitenstrangentzündungen beobachtet. Die Subkutinlösung eignete sich auch zu Spülungen der Nase

und des Nasenrachenraums. Die Verordnung lautete gewöhnlich auf 1 Teil Subkutinlösung zu 3 Teilen Wasser. Bei Kindern, die noch nicht gurgeln können, dürfen Spray oder Pinselungen verwendet werden.

Max Joseph (Berlin).

Baumann, E. Zur Therapie mit Anilinfarbstoffen (Methylenblau und Methylviolett). Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte. 1916. Nr. 35. p. 529.

Nach experimentellen Untersuchungen und auf Grund des Literaturstudiums kommt Baumann zur Ansicht, daß die Anilinfarbstoffe Methylenblau und Methylviolett antiseptische Eigenschaften besitzen. Sie sind nach Verf. bakterizid und entwicklungshemmend. Er hat sie deshalb bei allen möglichen eitrigen Prozessen angewendet und rasch ein Versiegen der Eiterung und gute Granulationsbildung konstatiert. Neuerdings wendet er das Pyoktanin in Gazeform an. Sie ist als 3%, 5% und 10% Pyoktaningaze erhältlich und zwar bei der Firma P. Hartmann A. G. Heidenheim.

Auch bei Zystitis sollen die Erfolge gute sein. Verf. empfiehlt hier Spülungen mit 4 - 5% Methylenblaulösung und zwar sollen ca. 150 *ccm* 10 Minuten in der Blase belassen werden. Schon nach wenigen Spülungen soll sich oft der Urin klären. Max Winkler (Luzern).

Theilhaber, Felix A. Ein neues Granulationsmittel. Münch. med. Woch. 1916. Nr. 25.

Benegran, aus Kohlenwasserstoffen, besonders vorbereiteten Harzen bestehend, wird in der Temperatur von 90—95° C auf die Wunde aufgetragen. Es erkaltet dann und bildet dann eine feine, weiche Haut, unter der das Gewebe sich überraschend schnell regeneriert. Die starke Hitzeentwicklung wird gut vertragen.

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Schlenzka, Berlin. Erfahrungen mit dem Wundöl Granugenol (Knoll). Berl. klin. Woch. 1916. p. 1032.

Das Granugenol wird mit gutem Erfolge zur Epithelisierung von Hautabschürfungen, oberflächlichen Wunden und Unterschenkelgeschwüren angewandt.

Hans Burkhard (Danzig).

Heusner, Hans L. Granugenol Knoll in der Dermatologie. Dtsch. med. Woch. Nr. 40. 1916.

Das von Heusner empfohlene Wundöl bewährte sich besonders zur Neubildung des Bindegewebes und ist um so mehr zu schätzen, als das Ol. olivar. und ähnliche heilkräftige Öle augenblicklich kaum zu erhalten sind. Das



reine Öl wurde bei krustösen und nässenden Ekzemen, Gewerbeekzemen, Impetigo mit Erfolg angewandt, die mit Lanolin und Paraffin verarbeitete Granugenolsalbe bei Seborrhoea sicca. Bei stark juckenden Ekzemen und Unterschenkelgeschwüren empfiehlt sich ein Zusatz von Vernisanum purum. Besonders geeignet erschien das Mittel für Kinderekzeme verschiedenster Formen und Stadien, aber auch zur Nachbehandlung operierter Bubonen tat es gute Dienste. Max Joseph (Berlin).

Reiß. Zweibrücken. Erfahrungen mit Granugenol. Berl. klin. Woch. 1916. Nr. 19. p. 498.

Reiß sieht in dem „granulierenden Wundöl Knoll", das jetzt den wortgeschützten Namen „Granugenol" trägt, ein unschädliches Mittel, das bei der Wundbehandlung als Ersatz des Perubalsams gelten kann.

Hans Burkhard (Danzig).

Fox, Harold. Vakzinetherapie und andere Behandlungen bei Acne vulgaris und Furunkulose. The Journal of the American Medical Association. 1916. Juni 24. p. 2064.

Die Untersuchung von Fox, die sich auf ein großes Material von Acne- und Furunkulosekranken erstreckt, beweist in erster Linie, welch eine wichtige Rolle die persönliche Hygiene bei der Ursache, Verhütung und Behandlung der Akne vulgaris und Furunkulose spielt; zweitens daß die wohlbekannten therapeutischen Maßnahmen mehr leisten, als die Vakzinetherapie. Horder (Lancet. 1914. Jan. 31) hat ganz recht, wenn er sagt; „Die Fehlschläge der Vakzinetherapie sind wahrscheinlich viel zahlreicher, als ihre Erfolge. Fritz Juliusberg (Posen).

Blackfan, K. D. Hautreaktion durch Proteine beim Ekzem. American Journal of diseases of children. 1916. Juni. Ref. The Journal of the American Medical Association. 1916. Juli 1. p. 73.

Bei 43 Patienten ohne Ekzem, welche Blackfan untersuchte, zeigte nur einer eine Empfindlichkeit gegen Protein bei den kutanen und intrakutanen Prüfungen. Von 27 Patienten mit Ekzemen zeigten 22 eine Überempfindlichkeit gegen Proteine. Eiweiß, Kuhmilch und Frauenmilch verursachten am häufigsten eine Reaktion. Wenn überhaupt eine Reaktion gegen ein Protein eintrat, fand sich auch eine solche gegen mehrere. Die intrakutanen Prüfungen sind feiner als die kutanen. Die Entfernung einiger oder aller animalischer Proteine aus der Nahrung führt zu einer großen Besserung bei manchen Fällen von Ekzem bei älteren Kindern und Erwachsenen. Bei Kindern ist der



Erfolg nicht so groß, weil man ein Kind nicht lange ohne animalische Proteine ernähren kann und weil die Kinderekzeme große Neigung zu Rückfällen auch bei proteinarmer Diät zeigen. Fritz Juliusberg (Posen).

Bulkley, L. D. Die richtige Anwendung der Reisdiät. Medical Record. 1916. März 4. p. 407.

Bulkley hat schon an anderer Stelle wiederholt auf eine von ihm empfohlene Diät bei gewissen akuten entzündlichen Hauterkrankungen aufmerksam gemacht, in der vorliegenden Arbeit kommt er noch einmal auf die Einzelheiten dieser Reisdiät zurück, da sie anscheinend nicht überall in seinem Sinne angewendet wird.

Die Diät besteht ausschließlich aus Reis, Butter, Brot und Wasser und nichts anderem. Drei Mahlzeiten pro Tag. Der Reis muß gut in Wasser gekocht und darf nicht zu feucht sein; er muß heiß gegessen werden und nur mit Butter und etwas Salz, nicht mit Milch oder Zucker. Er muß langsam gegessen werden, mit der Gabel und nicht mit dem Löffel und vollkommen durchgekaut werden, um die volle Wirkung des Speichels zu sichern. Die Mahlzeiten sollen wenigstens $1/2$ Stunde dauern. Das weiße Weizenbrot soll wenigstens 24 Stunden alt sein und mit viel Butter gegessen werden; auch hier ist gut kauen „fletchern" notwendig. Wasser, heiß oder kalt, aber nicht eisgekühlt, soll reichlich genossen werden. Nach fünf Tagen kann man beim akuten Ekzem zu weniger strenger Diät übergehen und zu anderer vegetarischer Ernährung übergehen, während die Reismahlzeit einmal täglich fortgesetzt wird. Man kann die Reisdiät aber auch monatelang bei Erfordernis fortsetzen. Fritz Juliusberg (Posen).

Kyrle, J. Über die Quellung der Handteller- und Fußsohlenhaut im Dauerbad, nebst einem Vorschlag zur Hintanhaltung derselben. Wiener medizin. Wochenschr. 1916. Nr. 28.

Für die Quellung der Handteller- und Fußsohlenhaut im Dauerbad kommt nicht allein die permanente Umspülung der Haut mit Wasser in Betracht, sondern auch die Stauung des Schweißes in den Ausführungsgängen und die Imbibition des umliegenden Gewebes. Diesen Verhältnissen soll der „Wasserbettstiefel" Kyrles abhelfen, der nach dem Prinzip der Taucherglocke das Einströmen des Wassers zwischen Haut und Stiefel verhindert und durch Luftüberdruck die nötige Ventilation in dem Hohlraum besorgt, was für die entsprechende Verdunstung des Schweißdrüsensekretes notwendig ist. Viktor Bandler (Prag).



Fränkel, Ernst. Über die Behandlung von Hautaffektionen mit Thigasin „Henning". Münch. med. Woch. 1916.

Verf. hat mit Thigasin, einer Thigenolsalbe (Prozentsatz nicht angegeben! Ref.), welche „außer den anderen wirksamen Konstituentien" als anästhesierenden Stoff das Azetonchloroform enthält, eine Reihe von Hauterkrankungen behandelt und Erfolge erzielt.

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Berkenbusch. Die Behandlung der Furunkel und anderer eitriger Hauterkrankungen mit Salizylsäure. Therap. Monatsh. Okt. 15. p. 565.

Besonders empfohlen eine 10%ige Salizylvaseline zur Behandlung von Furunkel, Karbunkel, Ekzem, Impetigo, Phlegmonen. Hans Burkhard (Danzig).

Brandweiner. Künstliche Höhensonne bei Pemphigus vulgaris. Wiener klin. Woch. 1915. Nr. 43.

Der Autor teilt eine Beobachtung besonders günstiger Beeinflussung eines Pemphigus vulgaris durch Belichtung mit künstlicher Höhensonne mit.

Viktor Bandler (Prag).

Kreibich, C, Zur Wirkung des ultravioletten Lichtes auf die Zelle. Virchows Arch. Bd. CCXXII. (Festschrift für Weichselbaum.)

Kreibich stellte an aus der Ernährung ausgeschaltetem supravitalen Gewebe und zwar an der Kornea frisch geschlachteter Rinder diesbezügliche Versuche an. Er konnte dabei nachweisen, daß mit der Umwandlung der Eiweißkörper aus leicht- in schwerlösliche stärkere Bindung der Katalase, deutlichere Protoplasmafärbung einhergehen, daß nebenbei Veränderungen am Kern und Plasma auftreten, die schließlich zur Pyknose und zur hyalinen Degeneration der Fälle führen. Kyrle (Wien).

Thedering. Über Blaufiltrierung der Quarzsonne. Münch. med. Woch. 1916. Nr. 14.

Thedering berichtet über einen Filterstoff „Uviolfilm", der sich bei der Anwendung der Höhensonne (Verf. möchte den Namen: „Quarzsonne" eingeführt haben) bestens bewährt hat. Es sind sehr lang ausgedehnte Lichtbäder mit der Quarzsonne unter dem Uviolfilm ohne die geringste Belastung für die Kranken möglich.

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Anderes, E. Über Strahlentherapie. Korrespondenzblatt f. Schweizer Ärzte. 1916. Nr. 47. p. 1580.

Verf. bespricht in diesem Aufsatze hauptsächlich die



physikalischen Eigenschaften der Strahlen besonders der Röntgenstrahlen und ihre Verwertung für die Therapie.

Max Winkler (Luzern).

Skaupy, Berlin. Die Neon-Lampe für medizinische Zwecke. Berl. klin. Woch. 1916. Nr. 12. p. 313.

Die Auergesellschaft hat eine Lampe konstruiert, die als Leuchtkörper das in der Atmosphäre in geringen Mengen enthaltene Edelgas Neon benutzt, dessen Hauptstrahlung im Rot liegt. Die Lampe kann durch Steckkontakt an jede gewöhnliche Gleichstromanlage angeschlossen werden.

Hans Burkhard (Danzig).

Blumenthal, Franz und *Karsis*, J. Über die biologische Wirkung der Röntgenstrahlen auf Mäuse. Deutsche med. Woch. Nr. 39. 1916.

Bei den Experimenten von Blumenthal und Karsis trat nach Verwendung harter Strahlen, wie sie bei der Tiefentherapie gebraucht werden, eine tötliche Schädigung des Mäuseorganismus ein. Unfiltrierte härtere Strahlen wirkten zerstörender als Strahlung von niederen Härtegraden. Unter verschiedenen Strahlenspektren gleichen Härtegrades wirkte das Spektrum, welches mehr harte Strahlen enthielt, stärker. Bei Härtung eines Spektrums derselben Röhre durch verschieden dicke Filter erhöht sich der deletäre Einfluß je nach der Härtung der Strahlung. Über ein gewisses Maß hinaus hört aber die Steigerung auf, die Strahlung ist dann so penetrierend geworden, daß nur noch ein Teil derselben zur Atrophie gelangt. Die Dosen, welche wir bei einer Sitzung der menschlichen Tiefentherapie anwenden, genügten, um eine Maus zu töten. Obgleich nun natürlich keine Parallele zu ziehen ist zwischen dem kleinen, ganz und bis zu lebenswichtigen Organen bestrahlten Mäusekörper und dem nur an kleineren und oberflächlicher gelegenen Teilen bestrahlten menschlichen Organismus, so warnt Verf. doch vor dem Bestreben, immer härtere Strahlenspektren zu erzeugen. Schon jetzt werden hin und wieder allgemein-toxische Störungen und Kachexie nach Tiefentherapie berichtet.

Max Joseph (Berlin).

Melchior, Breslau. Klinische Erfahrungen über kombinierte Jod-Röntgentherapie der cervicofacialen Aktinomykose. Berl. klin. Wochenschr. 1916. Nr. 22. p. 516. v37

M. teilt einige Fälle mit, bei denen er durch kombinierte Jod-Röntgentherapie ausgezeichnete Resultate erzielte.

Hans Burkhard (Danzig).



Dössekker. Die Röntgenstrahlenbehandlung der Akne vulgaris. Therap. Monatsh. Aug. 1915. p. 440.

Für die schweren indurativen und pustulierenden Formen der Akne vulgaris ist die richtig angewandte Röntgenbestrahlung therapeutisch am zweckmäßigsten: $1/2$ *mm* Aluminiumfilter, 9—10 Wehnelt (Burgertherapieröhre). 3—4 *H* pro Einzeldosis; zweite Bestrahlung nach 8—10 Tagen, dritte nach 10—14 Tagen; 1 Monat Pause. Empfehlenswert prophylaktische Nachbestrahlungen nach 6—12 Wochen.

Hans Burkhard (Danzig).

Fürstenau, Robert. Über die Kühlung von Röntgenröhren mit siedendem Wasser. Deutsche med. Woch. Nr. 14. 1916.

Die Bemühung Fürstenaus ging dahin, ohne Aufgeben der vorteilhaften Siedekühlung die Beschädigung des Apparats durch den Niederschlag des siedenden Kühlwassers auf die äußeren Röhrenwandungen auszuschalten. Des Dampfdruckes wegen mußte die freie Verbindung zwischen dem Innern des Kühlmittelbehälters und der Außenluft bestehen bleiben. Verf. konstruierte einen Apparat, der diese Verbindung zwar festhält, aber den Wasserdampf nicht nach außen dringen läßt. Dem $1/3$ mit Wasser gefüllten Kühlmittelbehälter wird ein Siedekühler aufgeschraubt; das durch den Röhrenbetrieb ins Sieden geratene Wasser entläßt seine starke Verdampfungswärme in den Siedekühler und von hier wird sie durch Röhren mit Kühlrippen geleitet, wo sie zur Abkühlung und Kondensation gebracht wird. Die von der Antikathode forttransportierte Wärme wird also zur Kondensation an die Wandungen des Siedekühlers abgegeben und fließt in das Kühlgefäß der Röhre zurück, um neue Wärmemengen von der Antikathode zu entnehmen. Mit diesem Apparat ermöglichte sich ein fortlaufender Betrieb der Röhre bei konstantem Härtegrad und ruhigem Röntgenlicht ohne Wasserwechsel und andere störende Manipulationen.

Max Joseph (Berlin).

Sokolow, P. Die neuere physikalische Therapie und ihre Erfolge (Röntgen, Radium, Licht und Hochfrequenz). Schweizerische Rundschau für Medizin. 1916. Nr. 14, 15, 16, 19 und 20.

In dieser Arbeit beschäftigt sich der Verf. mit den physikalischen und biologischen Eigenschaften der Radium- und Röntgenstrahlen, des Lichtes und der Hochfrequenzströme, sowie deren Verwertung für die Therapie. Es handelt sich dabei um ein zusammenfassendes Resumé des gegenwärtigen Standes dieser therapeutischen Faktoren,



wobei Sokolow die Erfahrungen zu nutze zieht, die an der Züricher Universitätspoliklinik für physikalische Therapie gesammelt wurden. Max Winkler (Luzern).

Messerli, Fr. M. Die Simpson-Strahlen. (Durch die Simpsonsche Bogenlampe erzeugte Strahlen.) Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte. 1916. Nr. 44. p. 1487.

Verf. hatte Gelegenheit, in London die Simpsonsche Lampe genauer kennen zu lernen. Dieselbe stellt eine elektrische Bogenlampe mit Wolfram-Elektroden dar. Das ausstrahlende Licht soll sehr intensiv weiß und reich an ultravioletten sehr kurzwelligen Strahlen sein. Auch die übrigen Strahlen des Spektrums sind im Lichte vertreten. Außer bei Wunden nach Verletzungen will Verf. gute Erfolge mit der Lampe bei Lupus, Ulcus rodens, Akne, Herpes, Alopekie, lokalisiertem Ekzem gesehen haben. Ebenfalls sollen die Manifestationen der Lues in allen Stadien sehr günstig beeinflußt worden sein. Bei tuberkulösen Drüsen und Rheumatismen sollen bedeutende Besserungen erzielt werden. Max Winkler (Luzern).

Kuznitzky, Breslau. Über die Röntgentherapie oberflächlicher Dermatosen. Berl. klin. Woch. 1916. Nr. 7. p. 160.

K. verwendet in der Breslauer Klinik bei Oberflächenbestrahlungen stets ein $^1/_2$ *mm* starkes Aluminiumfilter, erhöht dafür aber, um nicht die therapeutische Wirkung abzuschwächen, die Dosis. Also als Anfangsdosis bei Ekzem $^1/_2$, nach 10 Tagen $^1/_3$, nach weiteren 10 Tagen noch $^1/_3$ der Volldosis; bei Psoriasis $3 \times {}^1/_3$ Volldosis im Abstand von je 10 Tagen. Der therapeutische Effekt ist ein günstiger. Hans Burkhard (Danzig).

Jadassohn. Über die Behandlung einiger Hautkrankheiten mit Thorium X-(Doramad-) Salben. Therap. Monatsh. Okt. 1915. p. 555.

Die Salbe wird mit Lanolin oder Eucerus anhydric. aus den von der Auergesellschaft gelieferten Thorium X-Ampullen (Ampulle von 2 *ccm* = 5000 e. E.) so hergestellt, daß in 1 *ccm* Salbe 1000 e. E. enthalten sind. Mit gutem Erfolge wurden damit behandelt: Lupus erythematodes, Psoriasis, chron. Ekzeme, Lichen Vidal, juvenile Warzen, Dermatitis papillaris capillitii, Folliculitis barbae. Bei Lupus vulgaris und Mikrosporie wurden keine Erfolge erzielt. Hans Burkhard (Danzig).

Lesser, Berlin. Die Röntgenstrahlenerzeugung in der neuen gasfreien Röhre und Spezialapparate für Diagnostik und Therapie. Berliner klin. Wochenschr. 1916. Nr. 12 u. 13.



Die zuerst von Lilienfeld und Coolidge angegebene gasfreie Röhre ist durch die Firma Siemens & Halske verbessert worden. Sie beruht auf dem Prinzip, daß die zur Röntgenstrahlenerzeugung erforderlichen Elektromen nicht wie bei den alten Röhren von den Gasatomen sondern von dem Elektrodenmetall (Wolfram) der Kathode auf dem Wege der Thermoionisation abgespalten werden Beschreibung der Apparatur für Diagnostik und Therapie.

Hans Burkhard (Breslau).

Buchanzeigen und Besprechungen.

Busch, Dr. August. **Geschlechtskrankheiten in deutschen Großstädten auf Grund einer Erhebung des Verbandes Deutscher Städtestatistiker.** Verlag von W. G. Korn, Breslau 1918.

Ein bescheidenes Büchlein, das eine stattliche Menge interessanten Materials enthält und trotz der vielen Zahlen leicht lesbar ist. Hier seien nur die Hauptergebnisse angeführt:

1. In 27 Großstädten mit rund 13,300.000 Einwohnern betrug die Zahl der in ärztlicher Behandlung befindlichen Geschlechtskrankheiten 73.000, das sind 5·5 auf Tausend der Einwohner.

2. In größeren Gruppen der Städte steigt diese Relativzahl der Kranken mit der Größe der Städte.

3. In Privatbehandlung befanden sich 82%, in Krankenhausbehandlung 18% der Kranken.

4. Auf das männliche Geschlecht entfielen 75%, auf das weibliche 25% der Kranken.

5. Unter den an Gonorrhoe Erkrankten waren 78% männlichen und 22% weiblichen Geschlechts, unter den an Syphilis Erkrankten waren 68% männlichen und 32% weiblichen Geschlechts.

6. Soweit Angaben vorlagen, waren von den Kranken 68% ledig und 32% verheiratet. Von den Männern stellten sich die Zahlen auf 70% bzw. 30%, bei den Frauen auf 63% bzw. 37%.

7. Von der Gesamtzahl der Kranken kamen 50% auf Gonorrhoe, 45% auf Syphilis und 5% auf Ulcus molle.

8. Nicht sämtliche gezählten Fälle können dem Zählort zur Last gelegt werden. Schätzungsweise kommen bei der Gonorrhoe etwa 70%, bei der Syphilis 50% der bekannt gewordenen Infektionen auf Rechnung des Zählortes.

Hugo Hecht (Prag).



Der Redaktion eingesandte Bücher.

(Besprechung fallweise vorbehalten.)

Clasen, F. E. Varicen — Ulcus cruris und ihre Behandlung. Urban & Schwarzenberg. 1918. K 4.—.

Zander. R. Vom Nervensystem. III. Aufl. (Aus Natur und Geisteswelt. Nr. 48.) B. G. Teubner. 1918. M. 1.50.

Miehe, H. Die Bakterien. II. Aufl. (Wissenschaft und Bildung. Nr. 12.) Quelle & Meyer. M. 1.50.

Hoffmann, E. Die Behandlung der Haut- und Geschlechtskrankheiten. II. Aufl. Marcus & Weber. 1919. geh. M. 5.60, geb. M. 7.20.

Segall, A. Über die Entwicklung und den Wechsel der Haare beim Meerschweinchen. Sep.-Abdr. aus: Archiv für mikroskopische Anatomie. Bd. XCI. Abt. I. F. Cohen (Bonn). 1918.

Kyrle, J. Über den derzeitigen Stand der Lehre von der Pathologie und Therapie der Syphilis. F. Deuticke. 1919. M. 4 90.

Stückgold, E. Über den Einfluß von interkurrenten fieberhaften Krankheiten und von Fieberzuständen, die durch intraglutäale Milchinjektionen hervorgerufen sind, auf den Verlauf der Syphilis, mit besonderer Berücksichtigung der kongenitalen. R. Trenkel (Berlin). 1919.

Thedering, F. Sonne als Heilmittel. III. Aufl. G. Stalling (Oldenburg i/Gr.) 1919. M. 2.25.

Bach, H. Anleitung und Indikationen für Bestrahlungen mit der Quarzlampe „Künstliche Höhensonne". IV. Auflage. C. Kabitzsch (Würzburg). 1919. geh. M. 7.—, geb. M. 8 50.

Stümpke, G. Prognose und Therapie der Geschlechtskrankheiten im Kindesalter. H. Mensser (Berlin). 1919. M. 6.—.

Varia.

Habilitiert: F. Blumenthal (Berlin), Gans (Heidelberg), Habermann (Bonn), M. Hesse (Graz), Kuznitzky (Breslau), Perutz (Wien).

Zu ordentlichen Professoren wurden ernannt: Frieboes (Rostock), Klingmüller (Kiel), Polland (Graz), Rille (Leipzig), Rost (Freiburg).

Juliusberg (Braunschweig), Meirowsky (Cöln) haben den Professortitel erhalten.

Prof. H. Meyer (Kiel) hat einen Ruf als a. o. Professor für Haut- und Geschlechtskrankheiten nach Greifswald erhalten und angenommen.

Prof. Zinsser wurde zum ordentlichen Mitglied der Akademie für praktische Medizin in Cöln ernannt.

Der Vorschlag für die durch den Tod Lessers erledigte Berliner Lehrkanzel lautete: I. Jadassohn, II. Bloch und Kreibich, III. Arndt und Klingmüller. Arndt wurde ernannt. Jadassohn hatte abgelehnt.

Geheimer Hofrat Dr. Theodor Veiel hat am 1. April l. J. die Leitung der Veielschen Heilanstalt für Hautkranke in Cannstatt-Stuttgart seinem Sohne und langjährigen Mitarbeiter, Dr. Fritz Veiel, übergeben.

Kuznitzky wurde an Stelle Harttungs, der krankheitshalber zurückgetreten, zum Primararzt am Allerheiligenhospital in Breslau ernannt.

Privatdozent Axel Baron Cedercreutz wurde zum a. o Professor und Vorstand der Universitätsklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Helsingfors ernannt.



Begründet von H. Auspitz und F. J. Pick.

Referate.

Archiv
für
Dermatologie und Syphilis.

herausgegeben von

J. Jadassohn, Breslau und W. Pick, Wien.



CXXV. Band, 7. Heft.

Wien und Leipzig.

Wilhelm Braumüller,

Universitäts-Verlagsbuchhandlung (G. m. b. H.).

1920.

Juni 1920.

Inhalt:

Originalabhandlungen:

Sitzungsberichte:

Fachzeitschriften:

Periodische Literatur:

Buchanzeigen und Besprechungen:

Varia:

Vom Archiv für Dermatologie und Syphilis erscheinen jährlich 2—3 Bände zum Preise von je Mk. 50.—. Die einzelnen Hefte erscheinen in zwangloser Folge, 72 Bogen bilden einen Band. Kostspielige Tafeln werden einem Bogen gleich berechnet.

In allen Redaktionsangelegenheiten wolle man sich an Geheimrat Jadassohn (Breslau XVI, Maxstraße I) oder Privatdozent Dr. Walther Pick (Teplitz-Schönau, Mühlstraße 2) wenden.

Die im Archiv erscheinenden Tafeln werden auch in losen Exemplaren für Projektionszwecke zum Preise von 10—20 Pf. pro Tafel im Abonnement abgegeben. Bestellungen durch die Verlagshandlung Wilhelm Braumüller, Wien IX/₁, Servitengasse 5.



Archiv für Dermatologie u. Syphilis. Berichtteil.
Bd. CXXV. Heft 7.

Aus der deutschen dermatologischen Klinik in Prag.
(Vorstand: Prof. Dr. Kreibich.)

Herpes zoster inframaxillaris occipitocollaris und cervico-subclavicularis mit peripheren Lähmungen.

Von Dr. **Alfred Kletetschka,**
Abteilungsassistent.

Die Anamnese des Patienten, welcher am 13. April l. J. in den Krankenstand aufgenommen wurde, besagt folgendes:

Vor 5 Tagen traten unvermittelt Schmerzen in der linken Halsseite und in der Haut der linken Kopfseite auf; tags darauf zeigten sich auf den schmerzenden Partien Bläschen, die Wange schwoll stark an, das linke Auge konnte nicht mehr ganz geschlossen werden, der linke Mundwinkel sank herab und das linke Ohr wurde taub. Die Bläschen wurden im Folgenden stellenweise größer, Fieber bestand angeblich keines.

Der gegenwärtig 21 Jahre alte Patient hat im März l. J. eine Grippe durchgemacht und am 1. d. M. eine Krätze-Schmierkur beendet; früher sei er immer gesund gewesen.

Vater und 3 Brüder (sämtlich beim Militär) gesund, Mutter vor 2 Jahren im Irrenhause nach 12 Jahre dauernder Internierung gestorben.

Patient ist mittelgroß, von entsprechendem Knochenbau und Muskulatur. Die linke Pupille ist vergrößert, daselbst die Iris rostbraun, während sie rechts graublau ist, der linke Mundwinkel ist herabgesunken, das Zäpfchen nach rechts abgewichen.

Auf der linken Hals- und Kopfseite finden sich, dem Verbreitungsgebiete des 3. Trigeminus-Astes und den oberen Zervikalnerven entsprechend, reichlichst gesäte, eitrig getrübte Bläschen, welche teils und zwar besonders vor und hinter dem Ohre und auch am behaarten Anteile des linken Hinterkopfes zu überlinsengroßen Blasen konfluiert und wo sie geborsten, mit impetiginösen Krusten bedeckt sind, teils in zirkumskripter, herpetischer Gruppierung angeordnet sind, woselbst die hellrote Halonierung der Bläschen deutlich zu erkennen ist.



Im behaarten Anteile des Kopfes reichen die hier fast ausnahmslos von impetiginösen Krusten bedeckten Effloreszenzen bis auf das linke Scheitelbein (eine Handbreit über die linke Ohrspitze) hinauf. Die von den zusammenhängenden Bläscheneruptionen bedeckten Hautpartien sind diffus entzündlich gerötet (weniger im behaarten Anteile), ödematös geschwollen und erscheinen heißer als die übrigen Hautdecken. Die retromandikularen Lymphdrüsen sind schmerzhaft geschwollen Die Temperatur betrug bei der Aufnahme 37·8, sank aber schnell zur Norm herab.

Überall reichen die Effloreszenzen nur an die Grenzen des vom 2. Trigeminusast versorgten Kopf- und Gesichtshautanteiles heran und überschreiten auch am Halse nicht die Mittellinie. Von der linken vorderen Halsseite reichen Bläschengruppen bis über die Clavicula hinunter, überschreiten aber nicht das Hautversorgungsgebiet des IV. Zervikalnerven.

An der Mundschleimhaut finden sich keine Bläschen, wohl aber im äußeren Gehörgange.

Es besteht An- bzw. Hyp-Ästhesie der befallenen Hautpartien. Sie ist überall noch einige Finger breit über die Bläschengruppen hinaus deutlich feststellbar.

Über den ganzen Körper verstreut finden sich, ohne eine Bevorzugung der linken Körperhälfte erkennen zu lassen, etliche solitäre eitrig getrübte, von hellroten Höfen umgebene, leicht juckende Bläschen, die im Zusammenhange mit dem geschilderten Krankheitsbilde als aberrierte Bläschen anzusprechen sind.

Aus dem internen Befunde (Klinik Prof. Dr. von Jaksch) ist zu erwähnen:

Lähmung des N. facialis in allen Ästen, Anästhesie und verminderte Geschmacksempfindung der linken Zungenhälfte, assymmetrische Innervation der Uvula, Hypakusie links.

Liquor: keine Zellvermehrung im Sediment.

Nonne-Apel in Spuren positiv.

Wa.-R. im Liquor: negativ.

Wa.-R. im Blut: negativ.

Okulistischer Befund (Klinik Prof. Elschnig).

Lidschlußinsuffizienz links, Bulbusbewegungen intakt, leichter rotatorischer Nystagmus, Sensibilität der Kornea beiderseits herabgesetzt; Pupillen rechts 4 *mm*, links 5 *mm*, beide stehend oval, reflektorisch träge reagierend. Fundus beiderseits normal. Rechts: Iris graublau, links Iris rostbraun, feinster Glaskörperstaub.

Otologischer Befund (Klinik Prof. Piffl):

Rechtes Ohr: ohne Besonderheiten.

Linkes Ohr: Im äußeren Gehörgange Herpesbläschen,

Trommelfell ohne Besonderheiten.

Ramus cochlearis: fast vollständig gelähmt.

Ramus vestibularis: Erregbarkeit herabgesetzt.



Die auf der Klinik Prof. Biedl aufgenommenen Elektrokardiogramme ergeben keinen für den Fall verwendbaren pathologischen Befund.

Zusammenfassend ergibt sich:

Bei einem Herpes zoster, der auf der linken Seite das gesamte Hautversorgungsgebiet des Nervus mandibularis und der Nn. cervicales 2, 3 und 4 einnimmt, findet sich eine die Zostereruption bis fünffingerbreit überschreitende deutliche Hypästhesie, eine Lähmung des N. facialis in allen seinen Ästen und Störungen im Gebiete des Ggl. geniculi, des Ggl. sphenopalatinum und des Ggl. acusticum.

Wir geben den Fall wieder, obwohl wir nicht in der Lage sind über die Pathogenese desselben bestimmte Angaben zu machen.

Wendet man die ganglionäre Theorie Bärensprungs auf unseren Fall an, so müßte an eine Erkrankung der Ggl. Gasseri (N. mandibularis), geniculi (Herpes im äußeren Gehörgange), sphenopalatinum (Innervation der Uvula) und acusticum (Hypakusie) gedacht werden, die ja genetisch den Intervertebralganglien entsprechen.

Über die Art der Erkrankung, sowie über die Ursache (bakteritisch, rheumatisch) sagt unser Fall nichts aus, doch sind wir auf Grund der das Bild beherrschenden totalen Fazialis-Lähmung eher geneigt eine rheumatische Ätiologie anzunehmen.

Verhandlungsberichte.

Außerordentliche Kriegstagung
der Berliner dermatologischen Gesellschaft mit Beteiligung der Deutschen dermatologischen Gesellschaft zu Berlin

am 26. und 27. März 1918.

Vorsitzender: O. Rosenthal. Ehrenvorsitzender: Riehl — Wien.
Schriftführer: R. Ledermann.

Aussprache über Kriegsmelanose:

Blaschko: Einleitende Bemerkungen: Zweifellos sprechen für die Anschauung, daß die schlechten



Schmieröle und das Kriegsvaselin bei dieser Melanose eine Rolle spielen, eine ganze Reihe von Gründen. Das symmetrische Auftreten der Affektion scheint dafür zu sprechen, daß doch wenigstens in einem großen Teil dieser Fälle von innen heraus wirkende „toxische" Substanzen den Krankheitsprozeß hervorgerufen haben. Über die Natur der vermuteten inneren Noxe kann man vorderhand nichts aussagen. Ob die erlaubten und unerlaubten Zusatzmittel zum Kriegsbrot eine Rolle spielen, ist noch nicht zweifelfrei erwiesen.

Galewsky—Dresden hat eine ganze Anzahl derartiger Melanosen gesehen, für welche es eine Erklärung absolut nicht gab, und nur eine kleine Anzahl, die scheinbar mit Schmieröl und Salben zusammenhingen.

Riehl—Wien glaubt, daß es sich um eine durch das Kriegsbrot hervorgerufene Intoxikation handelt, möglicherweise ist die dem Brotmehl zugesetzte Pferdebohne die Ursache.

Hoffmann, Erich—Bonn hat sowohl Teeröl-Melanosen, als auch solche vom Typus Riehl zahlreich beobachtet, die letzteren Patienten hatten viel Maismehl zu sich genommen; im Gegensatz zur Pellagra hat er aber niemals Stomatitis, nie Durchfälle und nie besondere nervöse Symptome bei diesen gesehen.

Jadassohn—Breslau hat gleichfalls zahlreiche Melanosen gesehen und findet es vom Standpunkt der eventuell intern toxischen Ätiologie merkwürdig, daß die Patienten sich eigentlich ausnahmslos allgemein ganz gesund gefühlt haben.

Scholtz—Königsberg glaubt nicht an die Pferdebohne als Ursache. Nicht nur durch die Einwirkung des Lichtes wird die Pigmentation ausgelöst, sondern auch durch andere Reize, z. B. Seborrhoe.

Ledermann—Berlin berichtet über einen Fall von Lichen ruber planus mit starker Melanose ohne Arsenbehandlung und einen Fall von Teerakne mit nachfolgender Melanose und Dermatitis nach Sonnenlichteinwirkung.

Arning—Hamburg hat gefunden, daß seine melanotischen Patienten entweder im Climacterium masculinum oder femininum standen. Betreffs der Salbenfrage hat er festgestellt, daß überhaupt kein reines Vaselin mehr zu haben war, sondern daß als Vaselin Paraffin gegeben wird, welches aus ganz feinen Kristallnadeln besteht, während die echten Vaseline kolloidal sind.

Rosenthal—Berlin tritt dafür ein, die Kriegsmelanosen streng von den anderen Melanosen zu trennen. Im Gegensatz zu Scholtz hat er die Kriegsmelanose auch bei Soldaten häufiger gesehen, und auch außerhalb der klimakterischen Periode.

Galewsky—Dresden hat mit Ausnahme von 2 Fällen aus der Heeresindustrie die Melanodermie nur bei Frauen in einem gewissen Alter beobachtet.

Saalfeld—Berlin glaubt, daß das Freibleiben eines Streifens an der Stirnhaargrenze in einigen Fällen für eine Affektion aus inneren Ursachen spricht.

Pulvermacher—Berlin gibt auch den Seifenersatzmitteln Schuld an der Melanose.

Blaschko—Berlin (Schlußwort) bedauert, daß die Aussprache keine völlige Klarheit über die Ätiologie gebracht hat; jedenfalls muß man die Melanosen von einander unterscheiden, welche durch äußere Ursachen bedingt sind, und die, welche durch innere Ursachen hervorgerufen werden. Therapeutisch empfiehlt er die Röntgenbestrahlungen; im übrigen haben bei zwei seiner Patienten sämtliche Beschwerden aufgehört und



der Krankheitsprozeß ist zum Stillstand gekommen, als die Patienten an Stelle des Kriegsbrotes Weißbrot bekamen.

Hoffmann, Erich—Bonn: Krankenvorstellung: I. Fibromelanose der Nasenhaut mit positiver Dopareaktion.

II. Boecksches Lupoid mit Iridozyklitis, Septumulkus und Nebenhodenerkrankung.

Aussprache über die Trichophytie-Epidemie und deren Bekämpfung.

Einleitendes Referat.

Buschke—Berlin: Erst im Verlaufe des Krieges hat die Trichophytie in Deutschland zugenommen. Die Infektion kam im Gegensatz zu früheren Einschleppungen nicht aus dem Osten, sondern aus dem Westen. Mit Hilfe des Kriegsministeriums wurde eine Statistik der Erkrankungsfälle ausgearbeitet, welche zeigte, daß die Trichophyton-Epidemie eine universelle in Deutschland war. Es wurde nun ein Merkblatt für die Rasierstuben und die Erkrankten herausgegeben, und für diese ein allgemeines Rasierverbot vorgeschlagen. Therapeutisch steht an erster Stelle die Röntgenbehandlung; bei oberflächlichen Trichophytien die medikamentöse zur Abtötung der Pilze. Von der Vakzinebehandlung ist nicht viel Günstiges zu berichten. Gegen die Ausbreitung der Epidemie in der zivilen Bevölkerung wurden die verschiedensten Vorschläge zur Verbesserung der Hygiene in den Rasierstuben gemacht, welche aber unter den Kriegsverhältnissen nicht durchführbar waren. Zum Schlusse befürwortet B. die Begründung eines mykologischen Forschungsinstitutes.

Aussprache. Fischer, W.—Berlin: Aus seinen Kulturversuchen ergibt sich, daß beim Militär das Trichophyton cerebriforme an erster Stelle steht, daneben fanden sich aber auch das Trichophyton granulosum, Tr. rosaceum, und in wenigen Fällen einige andere Trichophytonpilze.

Scholtz—Königsberg empfiehlt die Anwendung des Trichophytins Höchst intradermal.

Veiel—Cannstatt warnt vor Salbenanwendung bei oberflächlichen Trichophytien; er nimmt Resorzin 1%, Schwefel 1% und 98% Talcum und läßt einen Kaffeelöffel dieses Pulvers mit einem Eßlöffel Wasser verrühren und abends einpinseln. Operativ brauchte er nie vorzugehen, sondern begnügte sich mit warmen Umschlägen, meist mit 1%igem heißem Borwasser, da die gewöhnlichen Kataplasmen fehlten.

Galewsky—Dresden hat vor sämtlichen Truppenärzten eines Armeekorps Vorträge gehalten und hat dahin gewirkt, daß Vorträge für die Friseure gehalten wurden. Diese Vorträge haben sich sehr gut bewährt. Zur Desinfektion der Rasiermesser und Pinsel usw. empfiehlt er, da die üblichen Mittel fehlten, Kresolseifenersatz und 5%iges Wasserstoffsuperoxyd. Von der Salbenanwendung ist er bei der Behandlung auch zurückgekommen.



Blumenthal—Berlin empfiehlt Epilation, warnt aber vor Behandlung mit der Quarzlampe und der künstlichen Höhensonne. Die Röntgenbehandlung epiliert nicht nur, sondern hat auch eine günstige Einwirkung auf die Affektion; er ist daher Anhänger der Oberflächen-Therapie mit unfiltrierter Strahlung und warnt vor der übertriebenen Tiefenbestrahlung. Abschließende Erfahrungen über die Vakzine-Therapie hat er noch nicht gewonnen.

Jadassohn—Breslau fand, daß die Hitzebehandlung bei den oberflächlichen Fällen viel weniger erfolgreich war, als bei den tiefen Infiltrationen. In vielen Fällen ist er ohne diese und ohne Röntgenbehandlung mit Pinselung mit Jodtinktur oder Sublimat-Benzoetinktur ausgekommen.

Bruhns—Berlin tritt für warme Umschläge, Tiefenbestrahlung und Einrichtung von Rasierstuben für Kranke ein.

Hoffmann, Erich—Bonn hat zwei Merkblätter ausgearbeitet, eins für Friseure und eins für Ärzte.

Rosenthal, O.—Berlin ist für ein strenges Rasierverbot der an Trichophytie Erkrankten. Gleichzeitig mit der Trichophytie besteht eine Epidemie von Impetigo contagiosa. Nun hat er auch Fälle gesehen, die klinisch wie typische Impetigo aussehen, später sich aber als tiefe Trichophytien herausstellten. Er ist bei der Behandlung gegen Jodtinktur, empfiehlt aber den 10%igen Salizylspiritus. Außer der Wärmebehandlung hat er auch von der Massage gute Erfolge gesehen.

Müller, Hugo—Mainz sagt, daß die Merkblätter keinen Erfolg in Mainz gehabt haben, da bei den Zivil-Friseuren die Strafandrohungen gefehlt hätten. Infolgedessen wurde von der Militärbehörde eine strenge Verordnung mit Strafandrohung erlassen.

Delbanco—Hamburg ist der Meinung, daß das kleine Papiergeld die Ausbreitung der Trichophytie und der Pyodermien verursache. Therapeutisch ist er für Wärmeapplikation und Röntgenbestrahlung, empfiehlt aber das Rasieren der Patienten.

Saalfeld—Berlin empfiehlt die Sublimat-Kataphorese.

Sachs, Th.—Frankfurt a. M. hat mit 10%igem Schwefel-Lotional gute Erfolge erzielt, in einigen Fällen von Pustulosis auch mit Opsonogen.

Meyer, Fritz M.—Berlin hat seine sämtlichen Fälle mit den von Klingmüller angegebenen Terpentinöl-Einspritzungen geheilt.

Mayer betont, daß es absolut notwendig ist, daß den Ärzten die einfache Technik des Pilznachweises im Haus beigebracht wird. Für die Trockenbehandlung empfiehlt er das Sterilin-Azetonzellulose in flüssiger Form mit Resorzin oder Salizylzusatz.

Baer—Frankfurt a. M. hat in ganz zweifellosen Fällen häufig keine Pilze gefunden. Sonst hat das Trypaflavin in 5%iger Glyzerinlösung in einer Reihe von Fällen gute Wirkungen gezeigt.

Galewsky—Dresden teilt nicht die optimistischen Ansichten der Vorredner über die Heilung der Trichophytie, da er viele Rückfälle gesehen hat. Ein eigentliches Heilmittel haben wir noch nicht. Mit den harten Röntgenstrahlen muß man sehr vorsichtig sein. Unter den vielen Staphylokokkenvakzinen erscheint ihm das Leukogen als eines der besten.

Klingmüller—Kiel hat bei den Terpentin-Einspritzungen von 0·05 bis 0·1 von Ol. Terebinth rectificat. 20% Lösung in Ol. Olivar noch keinen Versager gesehen. Bei der Röntgenbestrahlung soll man nicht den Herd allein, sondern womöglich den ganzen Bart bestrahlen.

Buschke—Berlin (Schlußwort). Wann die Trichophytie geheilt ist, ist sehr schwer zu beantworten; er behandelt deshalb anscheinend geheilte Fälle noch ca. 14 Tage weiter. Operative Eingriffe waren nur selten notwendig. Die Jodtinktur soll nur die oberflächlichen Pilze abtöten. Die Diathermie hat sich nicht bewährt, desto mehr aber die Hitze-

Behandlung. Eine Vorschrift für die Barbiere zu erlassen, wurde vom Polizeipräsidenten in Berlin als unmöglich abgelehnt.

II. Sitzung. Mittwoch, den 27. März, vormittags 10 Uhr.

Antrag der Herren Buschke, Jadassohn, Rosenthal und Veiel: „Mit Rücksicht auf die zunehmende Gefahr der Erkrankung an Bartflechte halten die zur Kriegstagung versammelten Dermatologen Deutschlands behördliche Schutzmaßnahmen möglichst sofort für dringend notwendig" wird angenommen.

Ledermann und Hirschmann — Berlin: Über einen Fall von Aleppobeule mit Demonstration einer Moulage und mikroskopischer Präparate. Durch den Nachweis der Leishmania im Gewebssaft wurde die Diagnose Orientbeule sichergestellt und das Ulkus weit im Gesunden zugleich mit den beiden Kubitaldrüsen operativ entfernt.

Aussprache. Bettmann—Heidelberg empfiehlt in jedem Falle von Aleppobeule Ausstrichpräparate zu machen.

Jadassohn—Breslau findet die histologischen Präparate Ledermanns doch sehr verdächtig für Aleppobeule.

Demonstration: Jadassohn — Breslau: Ganz flache Basalzellen-Epitheliome am Rumpf.

Hoffmann, Erich—Bonn erwähnt einen Fall von Epitheliom alleroberflächlichster Art in der Gesäßgegend, welcher als lokalisierte Psoriasis diagnostiziert war und bei dem erst die histologische Untersuchung die Diagnose: Epitheliom ergab. Ferner macht er auf gewisse glatte psoriasisähnliche Plaques an der Eichel aufmerksam, die dort recht lange bestehen und präkanzeröse Epithelverdickungen darstellen.

Bruhns — Berlin: Fall von Erythema chronicum migrans.

Bettmann—Heidelberg hat einen ähnlichen Fall beobachtet und vorläufig als pseudolepröses Erythem rubriziert.

Galewsky — Dresden: Hyperkeratosis follicularis et parafollicularis in cutem penetrans. Die Erkrankung ähnelt sehr der Darierschen, obwohl er keine Darierschen Körperchen gefunden hat.

Hoffmann, Erich—Bonn demonstriert Dopapräparate, ferner Präparate von Boeckschem Lupoid und von Lupus tumidus.

Aussprache über Frühbehandlung der Syphilis.

Einleitendes Referat Erich Hoffmanns — Bonn: Die Quecksilbermittel haben für die Sterilisation der frischen Syphilis nicht die gleiche Bedeutung wie das Salvarsan. Am besten wird neben letzterem die Schmierkur vertragen, gut auch das Hydrarg. salicyl., weniger gut



Kalomel und das graue Öl. Bei dem hohen Ziele der völligen Sterilisation der frischen Syphilis darf das Behandlungsmaß ja nicht zu klein sein, andererseits muß es zeitlich und quantitativ begrenzt sein.

Er teilt die Frühsyphilis ein in das seronegative primäre, seropositive primäre und frühsekundäre Stadium. In der seronegativen Primärperiode ist die Abortion fast immer sicher zu erreichen; je nach dem Alter des Primäraffektes sind 6 bis 8 Salv. natr.-Injektionen zu 0·6 neben kräftiger Hg-Kur ausreichend. Im seropositiven primären Stadium empfiehlt er 8—10 Salv. natrium-Injektionen von obiger Stärke neben kräftiger Hg-Kur; und nach 2—3 Monaten eine zweite kräftige kombinierte Kur, wenn die W.-R. bei der vierten Injektion noch positiv ist. Bei frischer sekundärer Syphilis rät er stets zu zwei kräftigen kombinierten Kuren von der obgenannten Stärke und Zeitfolge. Je früher die Syphilis erkannt wird, um so leichter und sicherer gelingt die Sterilisation.

v. Wassermann, A.—Berlin. Über die Wassermannsche Reaktion und biologische Studien der Lues in Bezug auf Therapie sowie Bekämpfung der Syphilis. Die Bekämpfung der Syphilis identifiziert sich mit der Vernichtung der Spirochäten im lebenden Organismus, d. h. mit der Radikaltherapie. In dieser Beziehung muß jeder Syphilitiker zwei Stadien durchmachen, die biologisch getrennt sind. Der biologische Merkstein ist die Wassermannsche Reaktion. Die die W.-R. bedingenden Reaktionssubstanzen entstehen im Gewebe durch die Wirkung der Spirochäten auf die Gewebszellen. Die Blutbahn ist nur das Sammelbecken für die seitens der Gewebe als Antwort auf den syphilitischen Infekt gebildeten Reaktionssubstanzen. W. weist nun darauf hin, daß die restlose Vernichtung der Spirochäten in der Vorwassermannperiode bei der Anwendung der spirilloziden Mittel fast regelmäßig gelingt, während dies in dem zweiten Stadium, der Nachwassermannperiode, nicht annähernd mit der gleichen Gewißheit zu erzielen ist. Die Kenntnis, daß für die Therapie und Prophylaxe der Syphilis der mikroskopische Nachweis des Erregers die Grundlage ist, muß vor allem Allgemeingut der Bevölkerung und auch der Ärzteschaft werden.

Aussprache. Jadassohn—Breslau schlägt vor, abgekratzte Gewebsteilchen in 1% Sublimat oder in Formalin zur Untersuchung zu versenden. Eine spezifische Behandlung soll aber nur dann eingeleitet werden, wenn der Nachweis der Spirochäten erbracht ist. So verlockend es auch ist, in den seronegativen Frühfällen weniger zu geben, so hat sich J. bisher noch nicht dazu entschließen können, sondern hat auch in diesen Fällen



noch mehrere Vollkuren gegeben, besonders aber in den Fällen von sekundärer Frühsyphilis. Ferner müsse man die mit Salvarsan behandelten Patienten darauf aufmerksam machen, daß sie sich wieder von neuem infizieren können.

Blaschko—Berlin hält Hoffmanns Dosierung des Salvarsans für die klinische Behandlung für brauchbar, aber nicht für die ambulante Praxis; er gibt deshalb kleinere Dosen, spritzt aber, wenn die Patienten es vertragen, jeden Tag oder alle 2 Tage ein und kommt schließlich zu denselben Dosen wie Hoffmann. Um die Frühbehandlung der Syphilis durch rechtzeitige Diagnosenstellung zu ermöglichen, richtet er an die verbündeten Regierungen die Bitte, die Einrichtung kurzfristiger Fortbildungskurse zu fördern, um die Ärzteschaft mit den neueren Methoden der Diagnostik und Behandlung der Geschlechtskrankheiten vertraut zu machen.

Rosenthal, O.—Berlin meint, daß es nicht möglich sein werde, in einem Viertel aller Fälle die Syphilis zu kupieren, da die Patienten teils zu spät zur Behandlung kämen, teils weil, besonders bei Frauen, der Primäraffekt nicht immer zu finden ist. Wenn auch das Salvarsan manche Erscheinungen schneller zum Schwinden bringt, so darf man das Quecksilber nicht ausschalten, sondern soll kombiniert behandeln und sich nicht auf eine Kur beschränken, sondern im Interesse der Patienten intermittierend weiter behandeln. Im übrigen kommt er dabei auch mit kleineren Salvarsandosen aus.

Lesser, Fritz—Berlin: Zeigen die während der Salvarsankur entnommenen Blutproben bei Benutzung empfindlicher Extrakte negative W.-R., so erzielt man in 100% durch die einmalige 8tägige Kur Dauerheilung. Quecksilber hält er für unnötig, denn auch in späten Fällen gelingt es, die W.-R. durch Salvarsan allein negativ zu machen.

Müller, Max—Metz spricht sich wie Blaschko für Fortbildungskurse aus.

Generalarzt *Schultzen*—Berlin hat angeordnet, daß jeder Soldat, bei dem nicht Lues mit Sicherheit auszuschließen ist, einem Facharzt vorgeführt werden soll, um dann sofort entsprechend frühzeitig behandelt zu werden und hofft, daß diese Art der Behandlung auch in das zivile Leben übertragen werden wird.

Bruhns—Charlottenburg hält eine Mehrheit von antisyphilitischen Kuren für erforderlich.

Über eine neue Gerinnungsreaktion bei Lues.

Brieger—Berlin. Eine fötale syphilitische Leber wird zerkleinert und das 9fache des Gewichtes an absolutem Alkohol hinzugesetzt. Dieses Gemisch wird 3—4 Stunden im Schüttelapparat geschüttelt und 14 Tage im Eisschrank aufbewahrt und dann sorgfältig filtriert. Mit diesem Reagens erstarrte bisher 1. das Serum von normalen Individuen, 2. das von frischen unbehandelten Syphilitikern, 3. das von unbehandelten Tabikern, 4. das Serum von einzelnen ganz unbehandelten Syphilitikern mit Aneurysma aortae und 5. das Serum von sofort mit Salvarsan für sich allein oder in Verbindung mit Quecksilber behandelten Syphilitikern. Flüssig hingegen blieb das Serum 1. bei spezifischen Syphilitikern, darunter 14 Fällen von

Tabes dorsalis, 2. bei alten unbehandelten Luesfällen, deren Infektion schon 20 bis 40 Jahre zurücklag, 3. bei einigen Fällen mit frischem papulösem Syphilid. Wenn auch diese Reaktion völlig unspezifisch ist, so muß man dieselbe doch als eine eigenartige auffassen.

Brieger—Berlin, Bemerkungen zur Diskussion anschließend an seinen Vortrag: Es scheinen gewaltige Veränderungen in der Zusammensetzung des Blutes der Syphilitiker, Behandelter und Unbehandelter, nach einiger Zeit vor sich zu gehen, die zur Bildung von Stoffen Anlaß geben, welche die Eiweißfüllung mittels des Briegerschen Reagens verhindern.

Scholtz—Königsberg hat bei primärer Lues in 100% der Fälle Heilung zu verzeichnen und auch in solchen mit schon positiver W.-R.; er kann infolgedessen zwischen den Fällen mit noch negativer und solcher mit bereits positiver W.-R. keinen prinzipiellen Unterschied machen. Bei sekundärer Lues hat er nach einer Kur in 85% der Fälle Heilung erzielt und sieht sich infolgedessen nicht veranlaßt, weitere Kuren durchzuführen. Allerdings verwendet er bei seiner Behandlungsform nur Alt-Salvarsan neben Quecksilber.

Arning—Hamburg berichtet über die von ihm in Hamburg abgehaltenen Kurse.

Moritz a. G. hat beim Zusammentreffen von Lues mit Kopftrauma enzephalitische Erscheinungen nach der Anwendung von Salvarsan beobachtet und rät deshalb in derartigen Fällen mit Salvarsaneinspritzungen sehr vorsichtig zu sein.

Vorsitzender möchte über den Antrag Blaschkos abstimmen lassen, welcher, da kein Widerspruch erfolgt, einstimmig angenommen wird.

Hoffmann, Erich—Bonn (Schlußwort) wendet sich gegen die chronisch-intermittierende Behandlung bei primärer Syphilis. Unser ganzes Bestreben muß auf möglichst frühe Erkennung und möglichst schnelle Sterilisation durch zeitlich und quantitativ begrenzte energische Kur hinzielen.

Müller, Hugo—Mainz: Neissers urtikarielles Ekzem, eine Kriegsdermatose? In einer Reihe von Fällen ist das urtikarielle Ekzem als eine toxische Erkrankung anzusehen, für deren Zustandekommen eine Reihe von im Kriege besonders wirksamen Momenten verantwortlich zu machen wäre.

Veiel—Cannstatt dankt im Namen der Ausschußmitglieder der Deutschen dermatologischen Gesellschaft der Berliner dermatologischen Gesellschaft für die interessanten und ergebnisreichen Sitzungen.

Arning—Hamburg überbringt Veiel dem Präsidenten der Deutschen dermatologischen Gesellschaft im Namen der Ausschußmitglieder die Glückwünsche zu seinem 70. Geburtstage und bittet, ihn „Hoch leben" zu lassen.

Veiel—Cannstatt sagt seinen innigsten Dank.

Der Vorsitzende schließt die Kriegstagung in der Hoffnung, daß sich derselben bald eine Friedenstagung anschließen wird.

Krankenvorstellungen.

Blumenthal, Franz—Berlin: I. Fall von Leucaemia cutis. II. Fall von Lupus miliaris disseminatus.

Wechselmann—Berlin: I. Moulagen: 1. Angiokeratom Mibellis. 2. Sklerodermie des Gesichtes und der Hände, Gan-



grän der Finger von Raynaudschem Typus. 3. Gonorrhoisches Exanthem (Keratodermie) der Fußsohle. 4. Lichen obtusus.

II. Krankendemonstrationen: 1. Dariersche Krankheit. 2. Zwei Fälle von chlorakneähnlicher Talgdrüsenerkrankung im Gesicht, am Rumpf und Penis. 3. Zerstörung der Harnröhre durch einen nicht gangränösen, sklerotischen Primäraffekt.

Saalfeld, Edmund—Berlin: Fall von Haemangiomendothelioma tuberosum multiplex.

Bruhns—Charlottenburg: 1. Fall von Lupus pernio des Gesichtes. 2. Fall von überlebender Ichthyosis congenita, ein Übergang zwischen I. congenita und I. vulgaris.

3. Im Verein mit Alexander Moulagen: von Livedo racemosa ohne Lues-Nachweis. Erythema chronicum migrans, Trichophytie des Nagelbettes durch Trichophyton gypseum, Lichen sclerosus.

Pulvermacher, L.—Berlin: I. Perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens. II. Lichenoide und nodöse Trichophytide. III. Fälle von neurotischer Gangrän.

Ledermann, R.—Berlin. 1. Follikulitis des Gesichts. Jod oder Bromakne? 2. Ulcus trophoneuroticum plantae pedis dextri. 3. Melanodermie mit Lupus erythematodes-ähnlichen und hyperkeratotischen Veränderungen der Gesichts- und Kopfhaut. 4. Universelle Melanose, kombiniert mit lichenoiden Effloreszenzen infolge von Schmieröl. 5. Universelle Melanose des Gesichts und Körpers.

Sprinz—Berlin. 1. Nävogener Tumor der Kopfhaut unter dem Bilde einer Cutis verticis gyrata. 2. Perifolliculitis abscedens et suffodiens. 3. Seltene Nagelanomalien infolge angeborener Mißbildung: *a*) Polydaktylie mit Syndaktylie. *b*) Mikrodaktylie.

Kaufmann-Wolf, Marie—Berlin. 1. Frauen mit Kriegsmelanose. 2. Frau mit flachen Epitheliomen. 3. Typische Sklerodermie. 4. Multiple Xanthome. 5. Moulage von Psoriasis pustulosa.

Heller—Berlin: 1. Kindskopfgroße Geschwulst der rechten Bauchmuskulatur. Es handelt sich um ein außergewöhnlich großes Gummi. 2. Ausgedehnte tiefschwarz-braune Pigmentierung des Gesichts, der Brust und der Vorderarme. 3. Fall von Ulerythema sycosiforme. Immerwahr (Berlin).

Berliner dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 2. Juli 1918.

Gedächtnisfeier für den heimgegangenen ersten Vorsitzenden Geh. Medizinalrat Professor Dr. Edmund Lesser.

Rosenthal, O., würdigt in kurzen Worten die Person und die Tätigkeit Lessers in Berlin, worauf

Buschke, A., die eigentliche Gedächtnisrede hielt.



Generalversammlung

Dienstag, den 10. Dezember 1918.

Vorsitzender: O. Rosenthal. Schriftführer: R. Ledermann.

Heller, Julius: Ausgedehnte Zerstörung des Hodensacks durch gangränösen Schanker (Krankenvorstellung). Die Erkrankung hatte in ganz kurzer Zeit zu einer Zerstörung des größten Teiles der unteren Hälfte des Hodensackes geführt. Der große Defekt hat sich merkwürdigerweise von selbst wieder geschlossen.

Kaufmann-Wolf, Marie. (Krankenvorstellung.) Fall von **Pityriasis rubra pilaris.** 3 Fälle von **Sklerodermie**: und zwar ein Fall von typischer Sklerodermie mit Sklerodaktylie, ein Fall von Sklerodermie en bande, schließlich ein Fall von ganz oberflächlicher Morphaëa alba plana von außergewöhnlicher Ausdehnung der Herde.

Heller, Julius: Arsenmelanosen und schwere Dermatitiden nach kleinen Dosen Neosalvarsan. (Demonstration von Photographien.) Es handelt sich um Patienten, welche ganz mäßige Dosen von Neosalvarsan (5 Einspritzungen im Gesamtgehalt von etwa 2 bis 2·2 *g*) erhalten haben. Außerdem hatten sie die übliche Dosis von 12 Hg.-Salizyleinspritzungen zu 0·1 erhalten. Kurze Zeit nach Abschluß der Behandlung trat bei beiden Patienten eine außerordentlich schwere allgemeine Dermatitis auf, die mit intensiven Fieberbewegungen während längerer Zeit verlief. Nachdem die Hautaffektion zurückgegangen war, bildete sich eine Schwarzfärbung der ganzen Haut aus. Diese Melanose vom Negertypus blieb trotz aller therapeutischen Maßnahmen konstant. In einem dritten Fall besteht neben der allgemeinen Dermatitis und der beginnenden Melanose ein schwerer Ikterus. Bei einem Falle von Tabes dorsalis, welcher auf Anordnung des neurologischen Fachbeirates dieselbe Hg- und Salvarsanbehandlung durchgemacht hatte, entwickelte sich eine allgemeine nässende und schuppende Dermatitis. Es kam zu einer so gewaltigen Krustenbildung, daß der Kranke wie in einem Borkenpanzer eingebettet lag. Alle 4 Patienten zeigten sehr ausgeprägte Hyperkeratose der Handteller und Fußsohlen, welche mit den übrigen Hauterscheinungen wieder schwand.

Immerwahr (Berlin).

Verhandlungen der Royal Society of Medicine.

Dermatologische Abteilung.

Sitzung vom 16. November 1916.

Adamson, H. G. Fixiertes Erythem der Handteller. Bei dem Patienten war vor 5 Jahren ein scharf umschriebener runder Erythemherd auf der Ulnarseite des linken Handtellers entstanden. Der Herd war nicht erhaben und zeigte keine anderen Veränderungen als Röte. Während der letzten zwei Jahre war ein ähnlicher Herd symmetrisch auf dem rechten Handteller aufgetreten. Beide Herde waren persistent geblieben.

Diskussion. Weber erinnert an ähnliche Herde im Gesicht, die mit Schwitzen verbunden sind. („Localised Flushung and Sweating of the Cheek on Eating. Trans. Clin. Soc. Lgndon. 1905.) *Eddowes* sah einen ähnlichen Fall, der dem „flush patch" von Hutchinson entsprach.

Stebbing, F. G. Fall zur Diagnose. Es handelt sich um rote erhabene Papeln an der Innenseite der Oberschenkel, die starken Reiz verursachen. Vorausgegangen war ein Exanthem des ganzen Körpers, welches aber abgeheilt war. Abblassende Papeln haben Pigmentflecken hinterlassen.

Diskussion. Stowers stellt die Diagnose Lichen planus. *Pringle* schließt sich dieser Diagnose an.

Bunch, J. L. Fall von v. Recklinghausenscher Krankheit. Bei der 35jährigen Frau hatten sich vor 10 Jahren kleine Tumoren auf dem Rücken entwickelt. Sie waren seit dieser Zeit größer geworden und zahlreiche andere hatten sich am Körper entwickelt. Einige waren pigmentiert.

Diskussion. Weber ist der Ansicht, daß der Fall von Bunch nur einen unvollständigen Fall darstelle, da der vollständige Symptomenkomplex der Krankheit das plexiforme Neurom, wie Mollusca fibromata, wie Pigmentherde verlange.

Mac Leod, J. M. H. Ödematöse Sklerodermie. Die 46jähr Patientin leidet an Sklerodermie des Gesichts, der Extremitäten und des größten Teiles des Rumpfes. Seit etwa 12 Monaten besteht das Leiden. Damals wurde ihre Regel allmählich schwächer und blieb dann ganz weg und an das Aufhören der Regel schloß sich eine Schwellung des Gesichtes und der Extremitäten an. Die Schwellung ließ allmählich nach, während sich eine progressive Sklerodermie entwickelte. In den letzten Wochen war eine Akanthose mit Pigmentation an den Ellbogen, Achseln, Schenkelbeugen und Nacken hinzugetreten. Die Teile wurden schwarz und leicht warzig.

Diskussion. Pringle betont das Ungewöhnliche des Falles. Der Anschluß der Sklerodermie an Ödem ist bekannt, aber eigenartig ist die Akanthose mit Pigmentation. *Pernet* rät Schilddrüsenextrakt anzuwenden. *Weber* äußert sich über Beziehungen der Sklerodermie zur Raynaudschen Erkrankung. *Dore* spricht über Beziehungen des Falles zum Myxödem.



Stowers, J. H. Sclerema neonatorum. Es handelt sich um ein drei Wochen altes, gut genährtes Kind von gesunden Eltern. Das Kind wurde halbaspyktisch geboren und durch künstliche Atmung am Leben erhalten. Einige Tage nach der Geburt begann die Hauterkrankung mit Rotverfärbung und Bildung großer Knoten, die sich wie festes Fett anfühlten. Jetzt ist bereits Besserung eingetreten.

Diskussion. Gray bemerkt, daß, während in den Handbüchern steht, daß Sklerema bei sonst kranken Kindern vorkommt, alle seine Fälle mit einer Ausnahme Kinder in gutem Allgemeinzustande darstellten. Er glaubt, daß der Zustand durch eine chemische Veränderung des Fettes zustandekommt. *Pringle* betont gleichfalls die gute Prognose des Sclerema neonatorum im Gegensatz zur Prognose beim Oedema neonatorum.

Samuel. H. C. Syphilis acquisita bei einem Mädchen von 8 Jahren. Das Kind hatte den Primäraffekt an der Lippe und typische Roseola. Die Mutter hatte vor 5 Jahren Syphilis akquiriert und war nach Quecksilberbehandlung mit negativem Wassermann entlassen worden. Vor einem Jahre gebar sie ein Kind mit kongenitaler Syphilis.

Diskussion. Stowers zweifelt nicht, daß das Kind von seiner kleinen Schwester durch Küssen infiziert wurde. *Pringle* betont die Schwierigkeit der intravenösen Injektion bei so kleinen Kindern. *Mc. Donagh* behandelt derartige Fälle wie die Erwachsenen, nur mit kleineren Dosen.

Sitzung vom 21. Dezember 1916.

Pernet, G. Fall von Morphoea-Sklerodermie. Der 54jähr. Patient wies an beiden Schienbeinen symmetrische Sklerodermieherde auf. Der Fall ist unter den Originalarbeiten beschrieben und dort referiert. Es handelt sich um einen Fall, welcher gleichzeitig eine Osteitis deformans aufwies.

Sibley, W. K. Psoriasis und Lichen atrophicus. Die 67jährige Patientin wies an Knien und Ellbogen und an anderen Körperstellen eine typische Psoriasis auf. Auf der Brust eine strichförmige Hautveränderung, die S. als fraglichen Lichen atrophicus auffaßt.

Diskussion. Die Diskussionsredner fassen die Herde auf der Brust teils als Sklerodermie auf, teils meinen sie, daß sie zur Psoriasis gehören. *Stowers* ist derselben Ansicht wie der Vorstellende.

Sibley, W. K. Fall von symmetrischer Gangrän der Haut. Patientin weist große symmetrische gangränöse Herde an der Innenseite beider Oberschenkel auf, die er für eine Staphylokokkeninfektion hält.

Diskussion. Gray glaubt eher an eine Streptokokkeninfektion. *Weber* wirft die Frage auf, ob die Herde nicht artifiziell sein könnten. *Dore* denkt an einen Fall von Dermatitis repens. *Stowers* spricht sich dagegen aus.

Aus dem Eiter der Herde wurde später der Bacillus coli isoliert

Eddewes, A. Fall von vorübergehendem Keloid, verursacht durch Urticaria papulosa. Das geistig defekte $2^1/_2$ Jahre alte Kind hatte eine linksseitige Hemiplegie. Die Veränderungen, auf die er sein Augenmerk richtete, war ein Netzwerk von keloidartigen



Bändern, die gruppenartig angeordnete Gebiete einnahmen. In Verbindung mit jeder Gruppe erschien eine Papel in verschiedenen Stadien der Entzündung, offenbar eine Folge des Kratzens. Er nimmt eine kongenitale Tendenz zur Keloidbildung an, die exzitierende Ursache wäre eine Urticaria papulosa plus Trauma.

Diskussion. *Stowers* hält den Fall für eine ungewöhnliche Form des Lichen urticatus. Es handelt sich nicht um Keloide, sondern keloidartige Bildungen.

Sitzung vom 18. Januar 1917.

Little, E. G. Fall von kleinsporiger Mikrosporie des Kopfes beim Erwachsenen. Little betont die Seltenheit der kleinsporigen Mikrosporie beim Erwachsenen durch Demonstration des Falles. Er ist Vater zweier in gleicher Weise erkrankter Kinder.

Diskussion. *Mac Leod* sah bei großer Erfahrung nur einen Fall von Mikrosporon audouini beim Erwachsenen. Die Infektion der nichtbehaarten Haut der Erwachsenen sah er bei mehreren Fällen. *Oliver* erwähnt, daß er 1915 Kulturen von Mutter und Kind des M. audouini demonstrierte.

Bunch, J. L. Epithelioma der Hand nach Trauma. Der 66jährige Patient, ein Packer, hatte sich bei der Arbeit einen Holzsplitter in den rechten Handrücken gejagt. Einige Zeit nachher entstand dort eine warzige Bildung, die geschwürig zerfiel. Die Diagnose Epitheliom wurde histologisch bestätigt.

Diskussion. *Pernet* steht jeder anderen Behandlung in diesem Falle als der chirurgischen mißtrauisch gegenüber. *Mac Leod* behandelt zur Zeit ein Epitheliom auf einem alten Lupusherd. Radium hatte keinen Erfolg, ebensowenig Behandlung mit großen Röntgendosen. Er will Kohlensäureschnee versuchen. *Little* sah einen ähnlich entstandenen Fall wie den vorgestellten. Zweimalige Exzision. Beide Male Rezidiv. *Gray* schwankt für den vorgestellten Fall zwischen Amputation und Behandlung mit einer Arsenpaste. Er würde die letztere mehr raten. *Hanny* sah mehrere von Walker mit Erfolg behandelte Fälle, wo die Arsenpaste sehr gut gewirkt hätte. Doch ist diese Behandlung schmerzhaft. *Dore* rät keine Zeit zu verlieren, sondern nach Exzision mit Röntgenstrahlen zu behandeln. *Bunch* beobachtet gleichzeitig einen Fall von Lupuskarzinom, bei dem nach starken Röntgendosen eine Perforation der Wange erfolgte.

Mc. Donagh, J. E. R., demonstriert an einem Fall von Quecksilbervergiftung, der mit Intramine behandelt wurde, seine Oxydations- und Reduktionstherapie. Mc. Donagh hat vor einiger Zeit eine Theorie veröffentlicht, nach der die Metalle als oxydierende, die Nichtmetalle als reduzierende Agentien wirken. Er nimmt an, daß das Arsenik im Salvarsan, das Eisen im Ferrivine und das Quecksilber nicht direkt die Parasiten angreifen, sondern indirekt, indem sie die oxydierende Kraft der kolloidalen Proteinpartikelchen im Serum erhöhen. Jod und Schwefel wirken als reduzierende Agentien.

Einen Beweis für seine Theorie sieht Mc. Donagh in folgender Beobachtung: Eine Frau mit syphilitischen Erscheinungen bekam eine



intravenöse Injektion von kolloidalem Quecksilber und zwar in so hoher Dosis, daß eine schwere Quecksilbervergiftung folgte. Die Beseitigung der Intoxikationserscheinungen erfolgte nach intravenöser Einspritzung von kolloidalem Jod und intramuskulärer Einspritzung von Intramine. Auch andere mit Quecksilber in so hoher Dosis behandelte Fälle verliefen in ähnlicher Weise. Weitere Fälle mit generalisierter Arsenikdermatitis heilte nach Injektion von Intramine. Ein Fall von Intramineintoxikation heilte nach Einspritzung von kolloidalem Quecksilber.

Pernet, G. Fall von späten kongenitalen syphilitischen Erscheinungen. Der 14jährige Patient Pernets wies Ulzerationen der Uvula und des weichen Gaumens auf, die seit 6 Monaten bestanden. Die Mutter hatte eine Früh- und eine Totgeburt gehabt. Wassermann positiv. Besserung durch Jodkalium.

Sitzung vom 17. Februar 1917.

Bunch, J. L. Fall von Xantho-erythrodermia perstans. Der 21jährige Patient hat eine Anzahl leicht schuppender, erythematöser Herde am Stamm und an den Beinen. Der erste Herd trat vor zwei Jahren auf. Die Herde, von Schilling- bis Handtellergröße, verursachen keinen Juckreiz.

Diskussion. Gray, welcher der Diagnose beipflichtet, hält die Bezeichnung „Parapsoriasis en plaques" für geeigneter. *Stowers* findet das Fehlen des Juckreizes eigenartig. Er hält den Fall für felddienstfähig. *Bunch* bemerkt, daß bei dieser Krankheit nur selten Juckreiz auftritt. Der von ihm gewählte Name ist von Crocker.

Sequeira, J. H. Zwei Fälle von follikulärer Keratose Lichen pilaris, Lichen spinulosus). Histologisch sind beide Fälle identisch, mit dem einzigen Unterschied, daß bei der älteren Patientin die Hornpfröpfe, welche die Follikelmündungen ausfüllen, kuppelförmig, während sie bei dem Kinde spitz sind. Fall I betrifft eine 68jähr. Frau, bei der das Hautleiden seit 4 Monaten besteht. Über Brust und Rücken verstreut findet man zahlreiche kleine kuppelförmige follikuläre Papeln von brauner Farbe; das Zentrum ist immer viel dunkler. Die Herde geben ein Reibeisengefühl beim Darüberstreichen. Große Besserung durch Bäder und Salizylsalbe. Fall II, ein 7jähriges Mädchen, hat seit zwei Monaten auf der Schulter, auf Rumpf und Armen spitze Vorragungen. Es ist ein charakteristischer Fall von Lichen spinulosus. Bei keinem Falle waren Effloreszenzen da, die als Lichen planus hätten gedeutet werden können.

Dore, S. E. Fall zur Diagnose. Die 55jährige Frau hat seit 3 Jahren auf der rechten Schulter einen Krankheitsherd, welcher als kleiner roter Fleck beginnend nach und nach an Größe zunahm. Man findet dort eine Masse über die Oberfläche erhabenen hypertrophischen Granulationsgewebes auf einer tief indurierten Basis. Keine Syphilis oder Tuberkulose in der Anamnese. Wassermannreaktion negativ.

Diskussion. Stowers hält den Herd für tuberkulös. *Eddowes* stellt die Diagnose Skrophuloderm.

Die spätere mikroskopische Untersuchung ergibt Sarkom.

Dore, S. E. Fall von Dysidrosis (Cheiropompholyx). Der 43jährige Patient leidet seit 5 Monaten an beiden Daumenballen an einer vesikulären und pustulösen Eruption. Die Krankheit schloß sich an eine septische Fingernagelerkrankung an. Die bisherige Behandlung (Salben und Pinselungen, Röntgenstrahlen, Staphylokokkenvakzine) war erfolglos.

Diskussion. Gray rät Ichthyolzinkgelatine. Er glaubt an ein artefizielles Moment. *Stowers* rät die Blasen zu punktieren und sie mit Karbolsäure und Salizylalkohol zu betupfen.

Little, E. G. G. Zwei Fälle von Lupus erythematosus von ungewöhnlicher Ausdehnung. Fall I. Bei dem 50jährigen Patienten begann die Krankheit vor 16 Jahren im Gesicht und hat jetzt die Wangen, Nase, Ohren, Stirn und Stellen am Halse und hinter den Ohren befallen. Kleine Herde auf dem Handrücken. Behaarter Kopf ist frei. Zwei bemerkenswerte Herde am Rücken, von kleineren umgeben, die durch einen lebhaft roten Rand an Colcotts Fox Erythema gyratum erinnern.

Fall II. 26jähriges Mädchen, seit 7 Jahren erkrankt. Befallen sind das Gesicht in ausgedehnter Weise, die Arme und Hände. Jüngst ist eine erythematöse Eruption auf Brust und Rücken aufgetreten, welche vielleicht mit Chinineinnahme in Verbindung steht.

Little, E. G. G. Fall von chronischer Ulzeration der Beine bei einem 12jährigen Mädchen. Sie weist zahlreiche tiefe Ulzerationen an beiden Beinen unterhalb der Knie, an Rücken und Stirn auf, welche stark an oberflächliche Gummen erinnern. Keine Syphilisanamnese, Wassermann zweimal negativ. Nach Alttuberkulin keine wesentliche Temperaturerhöhung. Heilung nach großen Dosen von Jodkalium.

Little, E. G. G. Fall von Erytheme annulaire centrifuge Darier wird später beschrieben werden.

Allworthy, S. W. Akneiforme Eruption. In der Flachsspinnerei von Belfast haben junge Mädchen die Spulen von den Maschinen zu entfernen, zu reinigen und zu ölen. Die photographisch vorgestellte Eruption wird wohl durch Schmutz, Schweiß und das Öl hervorgerufen.

Diskussion. Mac Leod meint, daß die akneiforme Eruption ein Beispiel der s. g. Ölakne ist.

Sitzung vom 15. März 1917.

Little, E. G. G. Fall von Dermatitis herpetiformis, Typus der Hydroa gestationis. Bei der 32jährigen Patientin trat eine Woche nach der Entbindung die Erkrankung auf. Zuerst erschienen Bläschengruppen an den Handgelenken, dann ähnliche Gruppen und große Blasen an den Gliedern. Sehr starker Juckreiz. Später wurde auch der übrige Körper befallen. An den Unterarmen traten große zirzinäre, erythematöse Herde auf, welche die Ansicht Dariers stützen, daß die



Fälle von Fox' Erythema persistens gyratum Fälle von Dermatitis herpetiformis darstellten. Von Interesse ist, daß in diesem Falle die Krankheit nach der Schwangerschaft aufgetreten ist, aber solche Fälle haben schon Lesser und Galloway beschrieben.

Diskussion. Pringle, dem sich *Pernet* anschließt, betont, daß die Krankheit mit jeder Schwangerschaft schlechter verläuft und daher weitere Schwangerschaften zu vermeiden seien.

Pernet, G. Fall von Morvans Krankheit (Syringomyelie). Bei dem 26jährigen Patienten begann die Krankheit vor 2—3 Jahren. Einige Finger verdickten sich (Cheiromegalie Charcot), die Nägel wurden deformiert, es traten schmerzlose Nagelgeschwüre (Panaris analgésique) und Fissuren an den Handtellern auf. Die Diagnose des Nervenarztes bestätigte die seinige. Die Veränderungen sind in einer Zeichnung wiedergegeben.

Pernet, G. Postoperative Elephantiasis des Fingers. Bei dem Patienten ist im Anschluß an Inzisionen an der Hand, offenbar durch Zerstörung und Verlegung der Lymphgefäße, eine Elephantiasis des Fingers aufgetreten. Der Vorgang erinnert an ähnliche Prozesse an den Unterschenkeln bei alter, lokaler, zerstörender tertiärer Syphilis.

Diskussion. Gray nimmt an, daß die Schwellung des Fingers Folge einer chronischen Lymphangitis sei, die durch das Trauma verursacht wäre.

Pernet, G. Fall von Oedème bleu Charcot. Bei der 27jährigen Patientin begann im November 1916 die untere Hälfte des linken Unterschenkels zu schwellen. Die Schwellung ging auch auf den Fußrücken über. Als er im Februar 1917 die Patientin sah, war die Schwellung stark, blau und ödematös. Das Ödem wich nicht in der gewöhnlichen Weise auf Fingerdruck, sondern, wie es bei Charcots elastischem Ödem beschrieben, die Eindruckstelle erhob sich sofort nach dem Entfernen des Fingers. Das befallene Gebiet war auf Betasten sehr empfindlich. Keine hysterischen Stigmate. Trotzdem hält er seine Diagnose aufrecht. Besserung nach Pillen mit Belladonna und Assa foetida.

Diskussion. Weber hält den Fall für eine venöse Thrombose der tiefen intramuskulären Venen. Charcots blaues Ödem befällt gewöhnlich eine Hand oder einen Fuß und nicht das dazu gehörige Glied.

Sibley, W. K. Tuberculosis cutis bei einem Patienten mit Phthise. Bei dem Patienten, einem 30jährigen Phthisiker, hat sich eine Warze am Rücken der rechten Hand gebildet. Offenbar hat sich der Kranke durch seine eigenen Bazillen die Hauttuberkulose beigebracht.

Sitzung vom 17. März 1917.

Dore, S. E. Ungewöhnlicher Fall von Lichen planus. Der 40jährige Patient leidet seit vielen Jahren an Attacken von Lichen planus. Neben typischen Lichen planus-Papeln zeigt er seit einem Jahre auf dem Bauche folgende Eruption: aggregierte, kleine, leuchtende, kon-



vexe follikuläre Papeln, besonders deutlich bei Tageslicht zu sehen; von brauner oder Bronze-Farbe. Die Papeln sind an Aussehen und Größe ganz gleich und besitzen nicht die eigenartige Gruppierung, Farbe und Konfiguration der Lichen planus-Papeln, noch wachsen sie in Plaques zusammen.

Diskussion. Stowers betont, daß ihm die beschriebenen Erscheinungen nicht fremd sind. Nach *Adamson* weist der Fall keine ungewöhnlichen Charaktere auf. Für *Little* sind die Erscheinungen am Bauche für Lichen Planus charakteristisch. Auch *Mac Leod* hält die Eruption für eine des Lichen planus.

Dore, S. E. Fall von multiplen weichen Nävis. Der 41jährige Patient weist auf Gesicht, Kinn und Kopf zahlreiche weiche runde Tumoren von der Farbe der Haut auf. Sie wurden seit 5 Jahren bemerkt. Entfernung der Tumoren teilweise mit Kohlensäureschnee. Die mikroskopische Untersuchung ergab Anhäufungen von Nävuszellen im Bindegewebe.

Sibley, W. K. Fall von Lymphadenoma cutis. Der Fall wurde bereits am 19./X. 1916 vorgestellt. Er hatte damals einen seit 9 Jahren bestehenden papulösen Ausschlag auf den Schultern, Vorderarmen, Hüften und Gesicht. Er hat jetzt stark vergrößerte Lymphdrüsen in den Schenkelbeugen und den Achselhöhlen. Besserung des Ausschlags unter Arsenikbehandlung. Die mehrfach vorgenommenen Bluntuntersuchungen ergaben etwa $5^1/_2$ Million rote und 5100—5400 weiße Blutkörperchen. Die Lymphozyten betrugen 25—35%. Starke Eosinophilie In einer exzidierten Lymphdrüse ist prädominierend die Plasmazelle, wenig Lymphozyten sind vorhanden. Hie und da Plasmolyse. Nach Mc. Donagh ist der Befund typisch für das nichtmaligne aleukämische Lymphozytom vom Plasmazellentypus.

Diskussion. Weber betont, daß, wenn Sibley den Fall als Hodgkinsche Krankheit auffaßt, die Prognose nicht günstig wäre. Die Fälle können sich 6—7 Jahre halten, dann tritt nach Befallenwerden der Baucheingeweide der Tod ein. Er hat niemals einen derartigen Hautausschlag bei Hodgkinscher Krankheit gesehen, wohl aber bei Leukämie und „Pseudoleukämie". *Mc. Donagh* äußert sich eingehend über den Fall und Blutbefund. Betreffs seiner Ausführungen sei aufs Original verwiesen.

Pernet, G. Fall von Joderuption. Die 34jährige Patientin bekam nach einer Jodkali enthaltenden Blutmedizin ein Exanthem an den Armen, das sich aus Papeln mit gelber Kuppe und zirkulären, mit Krusten bedeckten Ulzerationen zusammensetzte.

Little, E. G. G. Fall von Akne und Lichen scrophulosorum. Bei dem 5jährigen Mädchen waren die Beine vom Fuß bis zum Knie der Sitz einer Acne scrophulosorum; an Bauch und Rücken war eine Eruption des Lichen scrophulosorum vorhanden. Schwellung der Halsdrüsen und des Abdomens. Zugleich bestand Lungentuberkulose.

Sitzung vom 21. Juni 1917.

Pernet, G. Fall von makulo-anästhetischer Lepra. Der 52jährige Patient hat 15 Jahre mit Unterbrechungen in Westafrika ge-



lebt. Vor etwa 2 Jahren trat ein kleiner runder Fleck auf der linken Wange auf, der allmählich an Größe zunahm. Seit einem Jahre besteht am linken Arme eine Veränderung; bei dieser umgibt ein blaßblauer Ring eine Stelle, die weißer ist als die umgebende Haut. Dieser erst hyperästhetische Herd ist jetzt anästhetisch. Kleine weitere Herde in Gesicht, Stirn, Nacken, an den Armen und am Gesäß. Taubheit am Ende des linken Zeigefingers. Der Patient erhielt Chaulmoograöl per os und intramuskuläre Injektionen von Hg. benzoatum. Darauf erhebliche Besserung.

Diskussion. Abraham stimmt der Diagnose bei. Obgleich die Lepra unter den Eingeborenen in Westafrika häufig ist, ist sie bei Europäern sehr selten. Er rät intravenöse Injektionen von Natrium gynocardatum.

Little, E. G. G. Fall von zystischem Ulcus rodens an Ohr und Wange. Der 51jährige Patient war vor 6 Jahren in Marokko von einer Fliege in das linke Ohrläppchen gebissen worden. Gleich nach dem Biß entstand Reizung und Schwellung und seitdem entwickelte sich der jetzige Zustand. Das Ohrläppchen, der untere und obere Eingang zum Ohr und die an das Ohr angrenzende Wange sind der Sitz einer zusammenhängenden Kette zystischer Erhebungen von Stecknadelkopf- bis Linsengröße; das so befallene Gebiet ist leicht über das Hautniveau erhaben. Am unteren Ende des Läppchens sind die Zysten sehr groß und hier ist eine kleine oberflächliche Erosion. Eine tiefere Ulzeration in einer harten Schwellung auf der Wange. Keine Drüsenvergrößerung.

Weber, F. P. Befallensein zweier Finger bei Syringomyelie. Es handelt sich um eine leichtere Form der Krankheit. Am Zeige- und Mittelfinger der rechten Hand kompletter Sensibilitätsverlust. Die Finger sind oft kalt, wenn die anderen heiß sind, und werden oft an den Spitzen weiß. Eine ähnliche Art von Anästhesie an der Spitze der großen Zehe des linken Fußes. Sonst weist die Patientin nichts Krankhaftes auf, als eine sehr leichte spinale Skoliose und doppelseitige Erhöhung der Patellarreflexe.

Bunch, J. L. Fall von Syringozystom. Die 27jährige Frau wies auf der Brust unterhalb der Schlüsselbeine zahlreiche erhabene Veränderungen auf, die papulös oder follikulär, Reiskorn- bis Erbsengröße aufwiesen. Die mikroskopische Untersuchung ergab eine Masse von Bindegewebe, erweiterte Schweißdrüsen und eine Zyste im subepithelialen Gewebe.

Diskussion. Pernet hat in einem ähnlichen Fall die Herde mit der Kurette entfernt. *Stowers* rät Elektrolyse oder Kohlensäureschneebehandlung. *Little* äußert sich über die Benennung und Klassifikation dieser Tumoren. Er würde den Fall unter die Gattung „multiple zystische Einschlüsse der Epidermis“ einreihen. *Mc. Donagh* meint, der Fall wäre ein typisches Beispiel des Syringoms oder Syringokystadenoms.

Mac Leod, J. M. H. Fall von Dysidrosis bei einem Mädchen mit Hemiplegie, besonders ausgesprochen an der gelähmten Hand. Die jetzt 14jährige Patientin hatte zwei Schlaganfälle,



wenn sie 10 Monate alt war; darauf folgte eine fast völlige Hemiplegie der linken Seite, welche sich besserte, aber noch wohlausgesprochen an der linken Schulter und am linken Arm besteht. Jetzt hat sie eine Dysidrosis der Hände, welche an der gelähmten Seite viel ausgesprochener ist als an der gesunden. An der ersteren ist die ganze Hand mit Blasen bedeckt, von denen einige Pennygröße erreichen, während an der gesunden Seite die Dysidrosis gekennzeichnet ist durch wenige Gruppen kleiner tiefsitzender Bläschen zwischen den Fingern. An der gesunden Seite reagiert die Dysidrosis gut auf Behandlung, an der gelähmten so gut wie gar nicht. Eine Attacke vor zwei Jahren hatte sich ebenso verhalten.

Diskussion. Weber meint, daß es sich bei der Nervenkrankheit um die Heine-Medinsche Krankheit handelt. Befallen sind in diesem Falle die Vorderhörner der grauen Substanz des Rückenmarks.

Little, E. G. G. Fall von linearem Lichen planus von ungewöhnlicher Ausdehnung bei einem Kinde. Das 9jährige Mädchen ist seit drei on aten erkrankt. Sie weist eine praktisch kontinuierliche Linie von Lichen planus-Plaques und Papeln auf, die am Gesäß beginnt und sich bis auf die Innenseite des Fußes erstreckt. Sonst keine Krankheitsherde. Das Jucken ist mäßig, das Allgemeinbefinden ungestört.

Pernet, G. Fall von früher Mykosis fungoides. Die 47jährige Frau leidet seit 6 Jahren an ihrer Hauterkrankung. Damals entstand nach der Geburt eines Kindes die Erkrankung in Form roter und reizbarer Herde im Gesicht und am Körper. Die Herde verschwanden und kamen wieder; in letzter Zeit, seit etwa einem Jahre, wurde die Haut allgemein befallen; sie wurde rauh, schuppig und gerötet. Seit sechs Monaten bildeten sich Knoten, die zentral zerfielen. Besserung durch Röntgenbehandlung. Die Blutuntersuchung ergab eine relative Zunahme der Polynukleären (85 %), eine relatire Zunahme der großen Mononukleären (8 %), eine relative Verringerung der kleinen Mononukleären (5 %).

Diskussion. Weber betont, daß eine Biopsie notwendig wäre, um zu entscheiden, ob nicht ein Fall von Kaposis Lymphodermia perniciosa vorliege.

Pernet, G. Kultur eines Pilzes der Gattung Monilia bei einem Fall von Dermatitis der Füße. Aus dem Abkratzmaterial der tieferen Lagen eines Randes einer Dermatitis an den Füßen, die an Trichophytie klinisch erinnerte, wurde ein Pilz gezüchtet, der als zur Gattung Monilia gehörig identifiziert wurde. Spätere Untersuchungen ergaben die Nichtpathogenität des Pilzes.

Sitzung vom 19. Juli 1917.

Weber, F. P. Fall von makulöser Atrophie der Haut, das frühe erhabene erythematöse Stadium zeigend, bei gleichzeitigem gewöhnlichem Vitiligo. Der 64jährige Patient leidet seit etwa 10 Jahren an einer Vitiligo an den Händen

und am Gliede. Wie lange die makulöse Hautatrophie besteht, ist nicht festzustellen, da sie keine subjektiven Störungen macht. Die Flecken treten in zwei Erscheinungsformen mit Übergängen auf. Viele derselben waren leicht erhaben und rot oder rotbraun, aber die meisten stellen Flecke auf farbloser anetodermatischer Haut dar, mit einer zigarettenpapierähnlichen Oberfläche, die oft etwa deprimiert ist. Die Herde waren über Stamm und Gliedern ausgestreut; Gesicht, Kopf und Hals waren nicht befallen. Wassermannreaktion negativ. Keine Syphilisanamnese.

Weber, F. P. Fall von kongenitaler Hirsuties vom Simiantypus bei einem Kinde. Wie Weber hervorhebt, kann man die Fälle von Hypertrichosis, wenn man den Naevus pilosus ausschließt, in zwei Hauptgruppen sondern: bei der ersten Gruppe, welche man als den Simiatypus bezeichnen kann, ist die Hypertrichosis kongenital, oft familiär, und kann als ein Beispiel der sog. „degenerativen“ Reversion angesehen werden. Der zweite Typus ist verbunden mit Störungen der endokrinen Organe und im allgemeinen weder kongenital noch familiär.

Der vorgestellte Fall ist ein schwach ausgesprochenes Beispiel der ersten Gruppe, ein Mädchen mit Hypertrichose der Stirn, der Schläfen, der Gesichtseiten, des Rückens und der oberen und unteren Extremitäten.

Little, G. Fall von Erythema circinatum, möglicherweise „Erythème annulaire centrifuge“ Darier. Bei dem 40jährigen Patienten begann der Hautausschlag im Sommer, während er an der See war, mit runden Herden, welche stark an Herpes tonsurans erinnerten. Sie verschwanden nach Jod und spontan, um anscheinend gewöhnlich im Sommer wiederzukehren. Aber auch zu Hause trat der Hautausschlag auf, also unabhängig vom Aufenthalt an der See. Pilzuntersuchungen fielen negativ aus. Der Hautausschlag, welcher reichlich am Bauche, an den Unterarmen, an den Hüften, am Gesäß, in der unteren Kreuzgegend saß, bestand aus erythematösen Herden, welche als eine rote Papel begannen, die sich zentrifugal ausbreitete. Mit der Ausbreitung der Herde wurde das Rot blässer. Keine Schuppung. Geringer Juckreiz, keine Bläschenbildung, Manche Herde bestanden Wochen und Monate hindurch. Wassermann negativ.

Diskussion. Clarke berichtet über den früheren Verlauf des Falles. *Adamson* hat vor mehreren Jahren einen ähnlichen Fall gezeigt, den er dem Erythema persistens circinatum Fox angliederte.

Little, E. G. G. Fall von Lupus erythematosus nach mit Röntgenstrahlen behandelter Trichophytie des behaarten Kopfes. Die dem Lupus erythematos vorausgegangene Affektion wurde erst als Ekzem, später als Tricl phytie diagnostiziert. Nach einer Röntgenbehandlung nach Kienb ck-Adamson entwickelte sich der Lupus erythematosus.

Diskussion. Pernet hat einen ganz ähnlichen Fall beobachtet.

Dore, S. E. Fall von kleinsporiger Trichophytie bei

einer 37jährigen Frau. Als Infektionsquelle gelang es kein Tier festzustellen. Sehr lange Dauer der Erkrankung.

Stowers, J. H. Photographien eines schweren Falles von kongenitaler Ichthyosis. Der 51jährige Patient, von dem Photographien gezeigt werden, weist die krokodilhautähnliche Sauriasis auf.

Perner, G. Fall von multipler Morphoea-Sklerodermie. Das 11jährige Mädchen weist seit 6 Wochen bestehende Sklerodermieherde mit lila Ring in der Lenden- und Schultergegend auf.

Pernet, G. Fall von ausgedehntem Nävus an Stamm und Extremitäten, mit Befallensein der Handteller und Fußsohlen. Der Zustand des 6jährigen Patienten wurde erst 1 oder 2 Wochen nach der Geburt beobachtet. Es handelt sich um einen ganz besonders ausgedehnten Nävus von einem milden verrukösen Typus.

Pernet, G. Fall von Acne varioliformis. Die 37jährige Patientin weist an der Haarstirngrenze eine charakteristische Acne varioliformis auf. Ein kleiner Herd der Erkrankung saß mitten auf der Brust.

Pernet, G. Fall von Acne agminata Radcliffe-Crocker. Die 49jährige Frau weist eine typische Acne agminata im Gesicht auf, die seit 5 Monaten besteht. Eine Einwirkung von Hitze oder starkem Sonnenlicht war bei der Frau nicht vorhanden gewesen. Er reiht die Erkrankung weder unter die Tuberkulide noch unter die Acne varioliformis ein. Die Krankheit ist wohl toxischen Ursprungs, wofür im vorliegenden Falle der schlechte Zustand der Zähne und des Gebisses spricht.

Sequeira, J. H. Vier Fälle von Dermatitis, verursacht durch bei Luftbomben gebrauchte neue Explosivstoffe. Zwei Fälle waren am 13. Juni verletzt. Sie litten schwer an einer pompholyxähnlichen Eruption, die 9 Tage nach der Reizung begann. Die Hände waren unmittelbar orangegelb verfärbt; am 9. Tage entwickelten sich Bläschen auf den Handtellern und Seitenflächen der Finger. Die Blasen konfluierten und schließlich schälte sich die Epidermis ab. Leichte Pyrexie und Eosinophilie. Die beiden anderen Fälle illustrierten die Verfärbung der Haut und frische Bläschenbildung; sie stammten vom Einfall vom 7. Juli.

Castellani, A. „Accladiosis." Cf. C.: „Notes on a New Ulcerative Dermatomykosis," with report on the Causative Fungus by E. Pinoy, Brit. Med. Journ. 1916. Okt. 7. pag. 486. Fälle von Accladiosis wurden jüngst in Europa (Balkan) beobachtet. Der Vortragende selbst hat die Krankheit 1907 in Ceylon beobachtet, weitere Fälle kamen in den Malayenstädten und Mazedonien zur Kenntnis. Bei wohlausgesprochenen ulzerativen Fällen ist der ganze Körper befallen, obwohl in geringerem Grade oder ganz frei. Kopf, Gesicht, Handteller und Fußsohlen. Bei vielen Fällen findet sich eine reichliche eitrige Sekretion, welche als eingetrocknete Kruste die scharf umschriebenen runden oder ovalen Ulzera bedeckt. Gummaähnliche Knoten und furunkelähnliche

Bildungen werden auch beobachtet. Vergrößerung der oberflächlichen Lymphdrüsen. Bei den daraufhin untersuchten Fällen war der Wassermann negativ. Jodkalium in hohen Dosen (20 *g* pro die) wirkt gut, noch schneller, wenn es bei salzfreier Kost verabreicht wird. Die histologischen Veränderungen erinnern an die bei Sporotrichose gefundenen. Man kann unterscheiden: 1. einen epitheloiden oder tuberkuloiden Typus, 2. einen syphiloiden Typus und 3. einen ekthymatösen Typus. Der von ihm gefundene Pilz wurde von Pinoy als „Accladium castellani" klassifiziert. Eine positive Diagnose kann nur mittelst der Kulturmethoden gestellt werden.

Sitzung vom 18. Oktober 1917.

Sequeira, J. H. Fall von Sklerodaktylie. Das 12jährige Mädchen zeigt einen ausgesprochenen Grad von Skleroderma mit Beginn an den Extremitäten und das charakteristische marmorartige Aussehen des Gesichtes. Wassermannreaktion negativ.

Sequeira, J. H. Fall von sog. multiplem idiopathischem Pigmentsarkom Kaposi. Es handelt sich um einen 40jähr. Mann aus Rußland. Bei der ersten Besichtigung erinnerte seine papulöse rote Eruption an Lichen verrucosus. Die Störungen bestanden seit 22 Jahren. Die Hände zeigten die „purpurne Kongestion", wie sie Hutchinson beschrieben hat, während sich an den unteren Extremitäten Infiltration von purpurner Farbe mit zahlreichen kleinen Knoten fand. Wassermann negativ. Er will Röntgenstrahlen anwenden, die bei einem seiner früheren Fälle gut wirkten.

Little, E. G. G. Fall von Acne scrophulosorum. Der 14jährige Knabe leidet seit 7 Jahren an dem Hautausschlag. Er weist geschwellte Gelenke und vergrößerte Halslymphdrüsen auf. Befallen sind die Beine, die Hüften, die Hände und die Unterarme von zahlreichen dichtgruppierten typischen follikulären Papeln und Pusteln. Zugleich besteht chronische Alopecia areata.

Little, E. G. G. Fall von Ulcus molle serpiginosum. Fast eine Wiederholung des Falles, den er vor 8—9 Monaten gezeigt hat. Vor fünf Jahren entwickelte sich bei dem Patienten ein Bubo in der linken Leistenbeuge, an den sich die chronische Ulzeration anschloß. Die Ulzeration hatte sich nach oben und unten sehr stark ausgedehnt. Versuche, den Ducreyschen Bazillus zu züchten, schlugen fehl, aber man glaubte ihn im Eiter zu sehen.

Diskussion. Gray bemerkt, daß alle Fälle von diesem Typus von einem ruptuierten Bubo ausgegangen wären. Auch *Pringle* betont, daß alle Fälle dieser Art nicht vom ursprünglichen Ulkus, sondern vom Bubo ausgegangen wären. Dieselbe Beobachtung hat auch *Little* gemacht.

Pernet, G. Primäraffekt des Nabels. Bei dem 24jährigen Patienten stellte die Nabelgegend eine prominente kuppelförmige Bildung dar mit einer nierenförmigen deprimierten Ulzeration im Zentrum. Deutliche Induration; Vergrößerung der Leisten- und Schenkeldrüsen. Pal-



lidae nachweisbar. Wassermann positiv. Es bestanden bereits Allgemeinerscheinungen.

Little, E. G. G. Fall von Adenoma sebaceum, Typus Pringle. Der Hautausschlag des vorgestellten Mädchens ist kongenitalen Ursprungs. In der Kreuzgegend ein handtellergroßer Herd charakteristischer fibroider Tumoren. Das Mädchen war geistig zurückgeblieben.

Diskussion. Pringle bemerkt, daß die ersten drei Fälle, welche er 1890 beschrieb, französischen Ursprungs waren, zweie stammten von Vidal, einer von Hallopeau. *Stowers* rät therapeutisch Kohlensäureschnee. *Weber* greift auf eine Bemerkung des Vorstellenden zurück, daß die Patientin epileptische Anfälle hatte. Er denkt an die Möglichkeit, daß die Patientin eine tuberöse Sklerose des Gehirns hätte; bei allen Fällen von tuberöser Sklerose des Gehirns, die er gesehen hat, bestand Adenoma sebaceum.

Dore, S. E. Zwei Fälle von Morphöa guttata. An der Hand zweier Fälle, die das bekannte Krankheitsbild der Weißfleckenkrankheit demonstrieren, äußert sich der Vorstellende über die Nomenklatur dieser Krankheit. Der Name „white spot disease" wurde für verschiedene Krankheitsbilder gebraucht. Die beiden vorgestellten Fälle litten an Masern und bei dem einen ist die Morphöa direkt im Anschluß an die Masern aufgetreten.

Bunch, J. L. Fall von Erythema elevatum diutinum. Bei der 31jährigen Frau entwickelten sich vor 8 Monaten an den Fingerknöcheln einige erhabene erythematöse Krankheitsherde. Diese Herde gingen in etwas lineärer Anordnung auf die Handrücken und in geringer Ausdehnung auch auf die Vorderarme über. Die roten erhabenen Herde haben teilweise annuläre Grenzen. Die Untersuchung eines exzidierten Stückchens ergab eine Verdickung des Stratum corneum; das Stratum granulosum war etwas breiter als normal. Das Stratum Malpighii war verdickt und es fanden sich Zapfenverlängerungen. In der Kutis kleine Zellanhäufungen, die aus Lymphozyten, Plasmazellen und wenigen Mastzellen bestanden. Blutgefäße erweitert und von Zellanhäufungen umrandet.

Sitzung vom 15. November 1917.

Pernet, G. Fall von Lymphangioma tuberosum multiplex. P. gebraucht die in der Überschrift angegebene Bezeichnung, weil das Krankheitsbild zuerst so beschrieben wurde. Der Name Naevi zystepitheliomatosi disseminate entspricht am besten der Struktur, ist aber zu weitschweifig. Syringoma und Syringokystoma ist vielleicht eine gute Benennung. Er will bei dem vorgestellten Fall, bevor er kurettiert, Röntgenstrahlen versuchen.

Diskussion. Stowers schlägt Kohlensäureschneebehandlung vor.

Mac Leod, J. M. H. Fall von Granuloma annulare. Die 42jährige Frau leidet seit 6 Monaten an der Hauterkrankung. Die Herde variieren von kleinen Knoten bis zu den typischen Ringen des Granuloma annulare und finden sich auf dem Rücken der Hände, auf den



Knien, Ohren und am Gesäß. Einige der kleineren Knoten haben nach Involution deprimierte Narben hinterlassen. Die größeren Herde sind alle annulär und haben einen weißen flachen Rand, der an einigen Stellen offensichtlich durch Zusammenwachsen kleiner Knoten entstanden ist. Die Herde sind teilweise schmerzhaft, teilweise brennen sie. Gleichzeitig besteht Rheumatismus mit Versteifung und Verdickung der Fingergelenke.

Diskussion. Little bemerkt, daß bei einem seiner ersten Fälle ein Kranker außerordentlich an Jucken litt. Auch dieser hatte rheumatische Symptome und schwitzte leicht. Bei der Diagnose Granuloma annulare legt er mehr Gewicht auf den Knoten als auf den Ring.

Gray betont, daß der vorgestellte Fall ein Bindeglied darstellt zwischen den gewöhnlichen chronischen Fällen von Granuloma annulare und den sehr akuten Fällen, welche er als chronisches persistierendes Erythem bezeichnete. Alle diese Fälle gehören zu derselben Gruppe, sind aber verschiedene Typen. *Sibley* wundert sich nicht über die Beziehungen der Krankheit zu einem rheumatoiden Zustand.

Sibley, W. K. Ein Fall von Bromexanthem. Der Patient, ein Epileptiker, hatte längere Zeit hindurch Bromkalium genommen. Er wies neben einer pustulösen Akne des Gesichtes ein tuberöses Bromoderm an der Hüfte und am Handrücken auf. Wassermann und von Pirquet fielen negativ aus. Erst imponierte der Ausschlag als Blastomykose, doch verliefen weitere Untersuchungen in dieser Richtung negativ.

Sibley, W. K. Ein Fall von Keratosis follicularis (Dariersche Krankheit). Der Fall, über den schon Mac Leod im August 1909 berichtet hat, betrifft ein 33jähriges Mädchen, welches seit 21 Jahren die Hautkrankheit aufweist. Der größere Teil der Haut ist bedeckt mit schmutzigfarbenen, eher fettigen, gelblich-braunen, verschieden großen Papeln, welche besonders prominent am Bauche sind. Handteller und Fußsohlen blieben mehr oder weniger frei; die Nägel sind gering beteiligt. Der Kopf ist von fettiger seborrhoischer Sekretion bedeckt. Die Mundschleimhaut war immer unbefallen, aber die Vulvarschleimhaut war zeitweise befallen. Pathologisch-anatomisch handelt es sich um einen keratotischen follikulären Zustand mit sekundärer Beteiligung des Talgdrüsenapparates. S. betont, daß zuerst Morrow (Journ. Cut. and Ven. Dis. 1886) das Krankheitsbild beschrieb, das später von White, Darier und Thibault weiter ausgebaut wurde.

Adamson, H. G. Fall von bullöser Urtikaria bei einem Kinde. Das 17 Monate alte Kind leidet seit dem 3. Lebensmonat an einer schweren Nesselsucht des ganzen Körpers. Es handelt sich nicht um den Lichen urticatus oder die seltenere Urticaria pigmentosa, sondern um stark juckende Quaddeln und große klare Blasen, welche in wenigen Minuten auftreten und dann zu Krusten eintrocknen. Das Allgemeinbefinden und die Ernährung blieb trotz der fortdauernden Schübe gut.

Adamson, H. G. Fall von eigenartiger Pityriasis rosea. Der Fall begann in der üblichen Weise mit einem ersten Herd, welchem 10 Tage später die Eruption über den Körper folgte. Befallen wurde



auch Nacken und Gesicht. Eigenartig ist die profuse Eruption am Rumpf und die Rötung, Schwellung und Krustenbildung im Gesicht.

Little, E. G. G. Fall von Impetigo Bockhart von ungewöhnlicher Ausdehnung und Schwere. Die Krankheit begann bei dem 28jährigen Patienten vor 4 Jahren mit einer pustulösen Follikulitis. Sie ging nach und nach auf den ganzen Körper, mit Ausnahme des Gesichtes, der Hände, des Kopfes, der Achselhöhlen und der Schamgegend über. Feine Narbenbildung an Stellen früherer Krankheitsherde. Die Effloreszenz beginnt immer als Pustel, in deren Zentrum ein Haar sitzt und große Teile des Körpers sind befallen, wobei besonders das Lanugohaar bevorzugt ist.

Little, E. G. G. Fall von eigenartig gruppierten Fibrosarkomen. Der 45jährige Patient weist seit 15 Jahren eine Knoteneruption unterhalb des rechten Schlüsselbeines auf. Man findet dort zahlreiche Narben, an denen früher Knoten bestanden haben und auch frische Knoten von dunkelroter Farbe und fester Konsistenz. Die Affektion ließ an eine Zosterinfektion denken. Die mikroskopische Untersuchung eines exzidierten Knotens ergab die Diagnose: Fibrosarkom.

Sitzung vom 20. Dezember 1917.

Little, E. G. G. Fall von multiplem Ulcus rodens mit Röntgenverbrennung. Der 63jährige Patient bekam vor 7 Jahren an der linken Stirnhälfte einen kleinen Knoten und eine ähnliche Veränderung am Rücken. Die Herde waren später als sichere Ulcera rodens mit Ulzeration erkennbar. Es kamen noch weitere Herde hinzu. Die Behandlung mit Röntgenstrahlen führte zu einer Verbrennung.

Diskussion. Galloway meint, daß hier mehr eine parakeratotische und präepitheliomatöse Veränderung, wie sie bei alten Menschen häufig sei, als ein Ulcus rodens vorläge. Solche Fälle vertragen Röntgenstrahlen schlecht.

Pringle hält für die Herde Radium für die geeigneteste Behandlung. *Lancashire* schließt sich Galloways Ansicht an. Er behandelt diese Fälle mit Kohlensäureschnee. *Little* bemerkt, daß er epitheliomatöse Ulzerationen als Ulcera rodens aus zwei Kriterien diagnostiziere: 1. aus der Langsamkeit der Entwicklung und 2. aus dem Fehlen von Metastasen.

Little, E. G. G. Fall von extensiver Dermatitis, möglicherweise Mycosis fungoides. Der Fall war von Malcolm Morris als Mycosis fungoides diagnostiziert worden. Es handelt sich um einen älteren Mann in schlechtem Ernährungszustande mit einer stark juckenden Hautaffektion. Die großen Krankheitsherde zeigten keine Induration; es fand sich keine Drüsenvergrößerung, die frischen Herde waren typisch follikulär. An den Hüften und besonders in den Leistenbeugen hatten die Herde einen trockenen seborrhoischen Typus. Kopf und Gesicht waren relativ gering befallen. Er hält den Fall eher für ein orrh oisches Ekzem.

Diskussion. Adamson stellt die Diagnose seborrhoische Dermatitis. *Dore* glaubt eher an eine Mycosis fungoides und schlägt eine Biopsie vor. *Galloway* schließt sich der Ansicht von Little an.



Little, E. G. G. Fall von trophischer Ulzeration des linken Fußes nach Schußverwundung. Der Patient hatte eine Kugel ins rechte Bein erhalten. Der rechte Nervus ischiadicus war völlig zertrennt und die Enden in Narbengewebe eingebettet, Exzision der Narbe. Nervennaht. Es kam zu einem trophischen Ulkus an der Fußsohle, welches an das tabetische Ulcus perforans erinnerte. Die Prognose ist auf Grund des Nervenbefundes eine gute.

Diskussion. Galloway betont, daß über die Natur der Ulzeration kein Zweifel bestünde. Die Prognose ist auch nach seiner Ansicht eine gute.

Dore, S. E. Fall zur Diagnose. Die 56jährige Frau leidet seit drei Monaten an multiplen Tumoren. Sie finden sich in großer Anzahl im subkutanen Gewebe, sind von Linsen- bis Walnußgröße und sitzen auf Kopf, Brust, Rücken, Schultern, Armen und in der Bauchwand. Sie sind druckempfindlich. Er macht die provisorische Diagnose Neurofibromatose.

Die später vorgenommene mikroskopische Untersuchung ergab die Diagnose Sarkom.

Dore, S. E. Ein Fall von Psoriasis. Der 27jährige Patient weist eine extensive Eruption von Psoriasis auf. Die Krankheit besteht seit 4—5 Jahren. Finger- und Zehennägel sind mitbeteiligt. An mehreren der Zehennägel sind schwarze Pfröpfe in die verdickte Nagelsubstanz eingebettet. Er gab nach Bory intramuskulär: Sulfur praecipitatum 2·0, Eukalyptol 20·0, olei sesami 80·0. Der Patient erhielt jedes Mal 3—4 cm. Der Patient erhielt bisher sieben Einspritzungen ins Gesäß. Danach ist eine deutliche Besserung eingetreten. Doch entspricht das Ergebnis nicht den glänzenden Resultaten, wie sie Bory veröffentlicht hat.

(Referiert nach dem Originalbericht in The British Journal of Dermatology and Syphilis. Januar 1917 bis März 1918.)

Fritz Juliusberg (Posen).

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift. Bd. XXV.

Heft 1.

Hoffmann, E. Geleitwort zum XXV. Bande der Dermatologischen Zeitschrift. Ein Rückblick und Ausblick auf die Entwicklung der Dermatologie. p. 1.

In den 24 erschienenen Bänden sind Arbeiten aus allen Gebieten der Dermatologie erschienen, die ein Bild von der Entwicklung dieses Spezialfaches geben.

Klingmüller. Saure Bäder. p. 9.



Ausgehend von der Beobachtung, daß alle Eiterabsonderungen und die vom Ekzem abgesonderte Flüssigkeit stark alkalisch sind, wurden versuchsweise feuchte Verbände mit verdünnter Essigsäure ($^1/_{3000}$—$^1/_{500}$) gemacht. Später ging man zu saueren Bädern über, die teils in Form von Voll- oder Teilbädern angewandt wurden ($^1/_{6000}$—$^1/_{2000}$). Gute Erfolge bei akuten Schüben seborrhoischer Ekzeme, bei Dermatitis herpetiformis u. dgl. Als praktisch hat sich die Verwendung eines Präparates erwiesen, das die Teerbehandlung der Psoriasis mit saueren Bädern kombiniert: „Balnazid für saure Teerbäder“ der chem. Fabrik Flörsheim a. M. Dr. Nördlinger.

Blaschko, A. Die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten in Berlin. p. 15 u. 90.

Vom 20./XI. bis 20./XII. 1913 fand in Groß-Berlin eine Zählung der Geschlechtskranken statt, die gerade in Behandlung standen. Nur 43% der Ärzte haben den Fragebogen trotz seiner Kürze beantwortet; von 3593 versandten Fragebogen kamen nur 1668 zurück, von denen 717 leer und 951 ausgefüllt waren. Die Gesamtzahl der Kranken betrug 20.004 und zwar 12.241 Bestand (9033 Männer und 3208 Frauen) und 7552 Zugang (5611 Männer und 1941 Frauen). Davon hatten 9768 Tripper (inkl. Komplikationen),
1010 weichen Schanker (Komplikationen),
2517 frische Syphilis,
6405 rezid. Syphilis, inklusive Spätsyphilis, Tabes und Paralyse und
304 Erbsyphilis.

1392 Fälle von Tabes und Paralyse waren alt, 482 Fälle waren erstmalig behandelt.

Die verschiedenen Geschlechtskrankheiten weisen im Zugang ein Verhältnis von 7 (Gonorrhoe) : 1 (Ulcus m.): 2 (frische Lues) auf. Unter den Erkrankten sind 74% Männer und 26% Frauen. Verheiratet waren von den frisch luetischen Männern 24%, von den Frauen 28·7. Auf jeden 10. Fall von Syphilis entfällt etwa eine Erkrankung an Tabes und Paralyse.

Für Berlin kann man an 100.000 frische Fälle von Geschlechtskrankheiten jährlich annehmen, davon entfallen 77.000 auf Männer und 23.000 auf Frauen. Auf die Gonorrhoe entfallen 71.000, auf Syphilis 21.000 Fälle. Von einer Bevölkerung von 4 Millionen erkranken 2·5% jährlich.

Heft 2.

Heller, J. Über medizinische Tonwaschmittel und fettlose Salbengrundlagen. p. 79.



Die Tonseifen können in der Zeit des Fettmangels die medizinischen Seifen in einem wenigstens teilweise befriedigenden Maße ersetzen. Als Salbenersatz diente Nihilol und Pauperol (Addy Salomon, Charlottenburg) mit ziemlichem Erfolge.

Lomholt, Svend. Über eine pulmonale Form der Neosalvarsanintoxikation. p. 84.

Eine 33 Jahre alte Frau mit sekundärer Syphilis wurde nach einer Schmierkur von 48 × 3 g Ung. cin. mit Neosalvarsan behandelt. Am 15./IV. 1914 0·45 *g*, am 27./IV. 0·60 *g*, am 5./V. 0·75 *g* und am 11./V. 0·9 *g* Neosalvarsan intravenös. Schon am Tage nach der 4. Injektion traten Kopfschmerzen auf, dann kam es zu einer ausgebreiteten Erythrodermie, zu Ödemen der Haut, Albuminurie, zu Lungenerscheinungen und am 3./VI. starb die Kranke. Die Ursache lag in zu hohen Dosen Neosalvarsan, die in verhältnismäßig kurzen Intervallen verabreicht wurden.

Heft 3.

Spiethoff, B. Beitrag zur Klinik und Histopathologie des Epithelioms der Talgdrüsen. p. 157.

Bei einem 40jährigen Manne befindet sich an der linken Stirnseite unweit der Mittellinie und der Haargrenze ein Herd, der aus kleinen und kleinsten Hautblüten besteht, die ihrerseits oft Gruppen bilden. Man sieht drei Arten von Einzelformen, alle pigmentiert. Darin und in der Lage der Geschwülste liegt das Besondere des Falles. Histologisch handelt es sich um ein typisches Epitheliom der Talgdrüsen: die Hauptmasse der Geschwulst liegt dicht unter der Oberhaut, der Rest verteilt sich bis auf den Bezirk der Talgdrüsen. Man sieht volle Epithelhaufen oder Stränge verschiedener Größe, Epithelhaufen mit einem oder mehreren Hohlräumen, große Hohlräume ohne epitheliale Umkleidung, Epithelhaufen mit größeren und kleineren Bindegewebseinschlüssen, Epithelhaufen, die von meist kleinen Kapillarinseln durchsetzt sind. Die Geschwulstzellen stammen vom Haarbalg ab und von den Talgdrüsen. Die Herkunft des im Bindegewebe liegenden Pigmentes ist nicht ganz geklärt; es kommt Einwanderung aus dem Bindegewebe oder autochthone epitheliale Abstammung in Frage.

Hesse, E. Lues papulosa vesicae. p. 173.

Bei einem 27jährigen kyphoskoliotischen Mädchen aus tuberkulöser Familie tritt Harndrang mit Schmerzen beim Urinlassen auf. Da für Blasentuberkulose kein Beweis zu



erbringen war und bei der Zystoskopie am Blasengrunde reichlich braunrötliche, erhabene papulöse Effloreszenzen zu sehen waren, die bandförmig angeordnet waren, wurde an Lues gedacht. Eine genaue Anamnese, Leukoderma und positive W.-R., schließlich der Erfolg der daraufhin eingeleiteten antiluetischen Behandlung bestätigten die Richtigkeit der Diagnose.

Burkhard, H. Zur Pathogenese der „idiopathischen“ Hautatrophie. p. 177.

In verhältnismäßig kurzer Zeit kam es bei einem Soldaten zu Atrophie der Haut mit Akrozyanose; beide entwickelten sich ziemlich rasch, kontinuierlich und progressiv. Dabei wurde eine ganz merkwürdige Sensibilitätsstörung beobachtet, die „manschettenförmig“ in Form einer etwa 5 *cm* breiten Zone den Oberarm oberhalb des linken Olekranon umgreift. Daneben bestand eine sehr starke Verminderung der groben motorischen Kraft im linken Unterarm und der linken Hand; rechts waren Finger- und Handbewegungen nur angedeutet, Nervendiagnose: Syringomyelie und die Hautveränderung ist als Symptom derselben zu betrachten.

Heft. 4.

Mulzer, P. Zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten im Felde und in der Heimat. p. 221.

Die meisten Ansteckungen im Felde und in der Heimat erfolgen durch Frauen, die man nicht eigentlich zur Prostitution rechnen kann. die oft Not und Verführung, oft aber die Abwesenheit ihres Mannes oder Freundes andern Männern in die Arme getrieben hat. Die Ermittlung der Infektionsquellen ist die wichtigste Maßnahme bei der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten; auch bei Offizieren muß in dieser Richtung energisch vorgegangen werden. Die Behandlung kranker Heeresangehöriger läßt sich am besten in Sanitätsanstalten durchführen. Vor fachärztlich sichergestellter Heilung und Unmöglichkeit der Übertragung darf kein Urlaub erteilt werden. Die als krank befundenen Frauen müssen ebenfalls fachärztlich eventuell zwangsweise behandelt werden. Zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in der Heimat wäre eine Vermehrung der Spezialabteilungen und Ambulatorien, Ermöglichung kostenloser Behandlung, Schaffung von Beratungsstellen und belehrende Vorträge angezeigt.

Drexler, Fritz. Über den Wert verschiedener Provokationsmethoden bei Gonorrhoe. p. 252.

Von 1672 Patienten bekamen 14·4% ein Rezidiv ent-



weder nach Provokation oder ohne eine solche. An 700 Fällen erwies sich die intravenöse Arthigoninjektion von 0·1 *ccm* + 0·4 *ccm* physiologischer Kochsalzlösung als Provokationsmittel bei Männern von hervorragend diagnostischem Wert.

Goldfarb, M. **Zwei Fälle von Salvarsan-Dermatitis.** p. 263.

Nach 1·2 *g* Altsalvarsan + Hg und in einem andern Falle nach 1·4 *g* Neosalvarsan ohne Hg kam es unter Fieber zu einem ausgebreiteten Ausschlag. Weder die Dosierung noch die Konzentration des Mittels kommen als Schädigung in Betracht.

Heft. 5.

Ehrmann, S. **Über den Zusammenhang von Pruritus, Dermographismus und Dermatitis lichenoides pruriens (Lichen simplex chronicus, Lichen circumscriptus Vidal), Exzema nummulare (Lichenifikation und Exzemation), sowie der Lichtsensibilierung der Haut mit viszeralen und gastro-intestinalen Störungen.** p. 283.

Der Dermographismus ist vorwiegend toxischen Ursprungs (Eiweißkörper oder ihrer Spaltungsprodukte); er entsteht durch Einwirkung auf die peripheren Nerven der Gefäße oder zum Teil durch direkte Einwirkung auf die Durchlässigkeit der Kapillarwand. Die Ursache liegt in Sekretionsanomalien des Magens, Pankreas, Leber u. dgl., in Entzündungen und Eiterungsprozessen des Genitales und in Menstruationsstörungen. Pruritus und Dermographismus bereiten den Boden für die „primäre“ Ekzematisation und Lichenifikation vor. Die kausale Terapie des Pruritus und Dermographismus besteht in der Behandlung des ihnen zugrunde liegenden inneren Leidens.

Blumenthal, F. **Zur Frage der Zuverlässigkeit der Wassermannschen Reaktion.** p. 314.

Als Ursache für die zahlreich sich ergebenden Unstimmigkeiten bei Paralleluntersuchungen kommt vor allem die Ungleichheit der verwendeten Reagentien in Betracht und die verschiedene Technik. Zur Behebung dieses Übelstandes wäre eine Zentralisierung der Abgabe der Reagentien und Vereinheitlichung der Technik anzustreben. Die Gewinnung des Komplements und der Hammelblutkörperchen müssen aber jeder Untersuchungsstelle überlassen werden. Bei den Differenzen im Ausfall der Reaktionen handelt es sich stets um Fälle, die an der Grenze zwischen positiv und negativ liegen. Die Verwertung der Resultate



sollte sich darnach richten, ob sie für die Diagnose oder für die Prognose und Therapie Verwendung finden sollen.

Schmidt, W. J. Zur Kenntnis der lipochromführenden Farbzellen in der Haut nach Untersuchungen an Salamandra maculata. p. 324.

Zu kurzem Referate nicht geeignet.

Heft 6.

Königstein, H. Zur Behandlung des Ulcus molle. p. 347.

Ätzung mit Acidum carbolicum wird empfohlen. Bei starker Sekretion und Entzündung in $^1/_2{}^0/_0$ Ca-Lösung getränkte Jodoformgaze auflegen. Tiefe Geschwüre werden mit (Alkohol- oder Äther-)Jodoformbrei gefüllt. Bei Paraphimose wird nach sorgfältiger Verschorfung aller Geschwüre mit dem Thermokauter operiert. Günstig wirkt auch Dakinsche Lösung in Form feuchter Verbände.

Paavo, Pirilä. Ein Lichen ruber-Fall mit einer frühzeitig auftretenden intensiven und diffus ausgebreiteten Pigmentation. p. 351.

Ohne vorherige Arsendarreichung kam es zu oben erwähntem Krankheitsbilde. Unter Arsen schwanden die Krankheitserscheinungen immer mehr und die intensiv dunkle Farbe der Pigmentflecken hat bedeutend abgenommen.

Scherber, G. Beiträge zur Klinik der hämorrhagischen Exantheme. (Erkrankungsfall an einem fleckfieberähnlichem Exanthem, zwei Fälle von Purpura rheumatica mit erythematös-hämorrhagischer, kutan-subkutaner Knotenbildung und ein Fall von Pemphigus haemorrhagicus.) p. 356.

Der Titel sagt alles.

Meirowsky, E. Intensive Pigmentierung des Gesichts nach Einwirkung von Dämpfen des Teerpräparats „Goudron". p. 378.

Nach Bestreichen der Wände mit einer kochenden Teermasse war das ganze Haus mit Teerdunst erfüllt. Am Morgen darnach war Gesicht und Vorderarme der Besitzerin des Hauses intensiv rot. Nach Schwinden dieser Röte entstand eine tiefe Pigmentierung, die erst nach einem Jahre vollkommen und ohne Behandlung vollkommen normaler Hautfarbe Platz machte. Hugo Hecht (Prag).

Bd. XXVI. Heft 1.

Nobl, G. Das benigne Miliarlupoid in seinen Beziehungen zum indurativen Erythem. p. 1.

Trotz der klinischen (makroskopischen) und histolo-



gischen Unterscheidung, die in **Boecks Darstellung** das Sarkoid gegenüber Lupus, anatomischem Tuberkel, kolliquativer und geschwüriger Hauttuberkulose gefunden hat, berühren sich namentlich bei nicht typischen Fällen klinische (morphologische und biologische) sowie histologische Befunde so innig, daß nach Nobl eine Scheidung von indurativem Erythem und benignem Lupoid nicht immer möglich ist. Ein reiches und gründlichst untersuchtes Material (39 Fälle von induriertem Erythem und 5 Fälle von Miliarlupoid) berechtigt Nobl zu Schlüssen, die er im nächsten Heft der Zeitschrift ausführt.

Riecke, Erhard, Göttingen. Über artefizielle Kutisnekrose. p. 36.

Bei einem 21jährigen, nervösen, namentlich mütterlicherseits belasteten Mädchen sind seit 8 Jahren schubweise rote, bald mit Blutkrusten versehene Flecken immer wieder aufgetreten, so daß allmählich sich das ganze Gesicht mit einer Menge Flecken, Krusten und Narben von unregelmäßiger Form bedeckt hat. R. bringt durch einfachen Okklusiv-(Mullkollod-)Verband den Ausschlag zur (zeitweiligen) Abheilung, gewinnt durch Überwachung die Überzeugung, daß die Herde durch Kratzen von der Patientin hervorgerufen wurden und veranlaßt letztere zum Geständnis. Eigentliche hysterische Stigmate fehlten; Riecke schließt auf psychische Deviation.

Brauer, **A., Danzig. Ein Fall von sogenannter Dermatitis symmetrica dysmenorrhoica beim Manne. p. 46.**

Brauer reiht einen eingestanden artefiziellen Fall von symmetrischer Gesichtshautaffektion — scharf begrenzte Erosionen und krustöse Exkoriationen — bei einem hysterischen und simulierenden Soldaten (Fehlen von Hornhaut- und Rachenreflexen, totale Hypalgesie) in das Krankheitsbild der Derm. sym. dysmen. Er hält auch letzteres nicht „vom Verdacht des Artefakts gesäubert“ und möchte die Fälle der genannten Dermatitis „als eine allerdings durch gewisse klinische Eigentümlichkeiten ausgezeichnete Untergruppe der artefiziellen Dermatosen bei psychopathischen Personen“ auffassen.

Heft 2.

Peter, **G., Zürich. Über hämatogenes Jodekzem und seine Bedeutung für die Ekzemlehre. p. 71.**

Daß ekzemartige Ausschläge nach innerer Einverleibung von Medikamenten auftreten können, ist nur durch wenige Autoren (Besnier, Jadassohn, Bloch) wahr-



scheinlich gemacht. Peter berichtet nun über einen Fall (Lues), der nach Jodmedikation in verschiedener Verabreichungsart (und verschiedenen Präparaten) echtes, klinisch und histologisch festgestelltes Ekzem, unzweifelhaft mit der Darreichung zusammenhängend, darbot und faßt seine sehr bemerkenswerten Beobachtungen, Versuche und Überlegungen folgendermaßen zusammen: Es liegt in seinem Fall, „insofern die interne Jodzufuhr in Betracht gezogen wird, der Fall eines hämatogen entstandenen, resp. provozierbaren Ekzems vor“. „In histologischer Hinsicht sind die Veränderungen prinzipiell dieselben, ob sie durch exogene oder endogene Jodzufuhr entstanden (im ersten Falle quantitativ stärker); sie entsprechen durchaus den bereits vielfach beschriebenen histologischen Bildern beim klassischen Ekzem . . . .“ „Die Existenz eines durch die Zirkulation ekzematogener Stoffe im Blute entstehenden, hämatogenen Ekzems ist sichergestellt.“ „Als primäre Ursache für die Entstehung eines Ekzems wird die Schädigung des Oberflächenepithels durch eine mit spezifischer Affinität zum Protoplasma der Epidermisepithelien begabte Substanz betrachtet etc.“ „Das geschädigte, abgeartete Epithelprotoplasma bildet den Sitz der serumanlockenden, entzündungserregenden Kraft.“

Nobl, G. Das benigne Miliärlupoid in seinen Beziehungen zum indurativen Erythem. p. 104.

Aus seinen klinischen und histologischen Beobachtungen schließt Nobl: Das Erythema induratum Bazin befällt nicht nur junge Individuen weiblichen Geschlechts, sondern auch Klimakterische und Männer. Außer den Prädilektionsstellen an den Unterschenkeln hat er genügend häufig andere Lokalisationen (Oberschenkel, Schamgegend, Gesäß, Handrücken u. a.) beobachtet, die durch ihre weitere Entwicklung auch klinisch dem Bazinschen Erythem nahekommen. Umgekehrt sind von Nobl neben den bevorzugten Gesichtslokalisationen des Boeckschen Lupoids einige beobachtet, wo Extremitäten und Stamm den Ausbruch des Lupoids darboten, weiters solche, wo neben Hautherden auch Unterhautherde sich entwickelten, die makroskopisch dem Erythema Bazin ähnlich wurden. Auch strukturell findet er beim Sarkoid „häufiger als es zugestanden wird, alle Züge wiederkehren, welche für die indurativen Formen ermittelt werden konnten“. Der Mangel zentralen Zerfalls (Nekrose) bleibt freilich für das Boecksche Sarkoid kennzeichnend. Tuberkulininjektionen gegenüber verhalten sich Bazinsche Induration und Boecksches Lupoid sehr ähnlich.



Heft 3.

Gennerich, A. und *Zimmern,* A., Kiel-Ravensberg. Weitere Beiträge zur Reinfectio syphilitica. p. 135.

Der erste z. T. polemische Teil dieser Arbeit gipfelt in der Feststellung, daß die zahlreichen Fälle von Rezidivaffekten, über welche R. Müller berichtet hat, auf einer unzulänglichen Behandlung mit Salvarsan (und Hg) beruhten. Dagegen liefern Gennerich und Zimmern eine Zusammenstellung von 73 Fällen von Reinfektion, die sie bei Einhaltung bzw. Steigerung ihres Behandlungsschemas nach der ersten Infektion und auf Grund klinischer und serologischer (Blut und Liquor) Untersuchung für richtige Neuinfektionen halten. Nur ein erprobtes, dem Stadium eines Falles entsprechendes Behandlungsmaß verspreche Heilung.

Paavo Pirilä. Über die Histologie und Pathogenese des Lichen ruber planus. p. 163.

Die Untersuchung von 7 Fällen gab folgende Resultate: In beginnenden L. r.-Papeln Anschwellung und degenerative Veränderung des Endothels und Dilatation der Papillar- und Subpapillargefäße sowie frühzeitiges Ödem in Papillen. Hierauf erfolgt Schwellung der Bindegewebszellen (Fibroblasten) und perivaskuläre Einlagerung kleiner lymphozytenähnlicher Zellen. Das Infiltrat voll entwickelter Knötchen besteht aus Fibroblasten und Lymphozyten, stellenweise aus einzelstehenden oder kleinen Gruppen von polynukleären Leukozyten. Im mikroskopischen Bilde herrschen degenerative Veränderungen nach primärer Gefäßerkrankung vor.

Heft 4.

Thomsen, Oluf und *Boas*, Harald, Kopenhagen. Über den Wert der Anwendung von größeren Mengen Patientenserum bei der Wassermannschen Reaktion als die gewöhnlich benützte große Menge (0·2 cm^3). p. 190.

Von 5030 Fällen ohne den geringsten Anhaltspunkt für Syphilis, behandelte Syphilis, sowie von einzelnen Fällen, die vor dem Sekundärstadium standen, war keine Reaktion, weder mit 0·8—0·4 noch mit 0·2 *ccm* Patientenserum zu erzielen. Eine 2. Gruppe von 2482 Fällen sicher konstatierter Syphilis gab sowohl mit 0·8 und 0·4 als auch mit 0·2 positive Reaktion. Von 199 weiteren Fällen, von denen nur bei 31 Syphilis nicht sicher war, war die Re-



aktion nur mit 0·8 oder 0·4, nicht aber mit 0·2 positiv. In 13 Fällen sämtlich behandelter Syphilis gab nicht 0·8 oder 0·4, aber 0·2 positive Reaktion. Die Verfasser schließen: Positive Reaktion nur mit großen Mengen Serums (0·8 und 0·4) spricht sehr für Syphilis. Wo auch auf anderem Wege Syphilis konstatiert worden ist, ist in solchen Fällen die Behandlung fortzusetzen. Vor Beendigung einer Behandlung ist somit auch mit größeren Serummengen zu untersuchen. Fehlende Reaktion selbst bei 0·8 und 0·4 schließt Syphilis nicht aus.

Eicke, Hans und *Mascher*, Willy. Die bisherigen Ergebnisse der Hämolysinuntersuchung des syphilitischen Blutserums und ihre Bedeutung für die Pathologie der Lues. p. 197.

Die Autoren fassen ihre Untersuchungen dahin zusammen: Nur bei einer umschriebenen Gruppe von Syphilisfällen, vor allem Spätsyphilisfällen, ohne oder mit ungenügender Behandlung, kommt es zu einem völligen Verlust von Hämolyse. Er beruht entweder auf einem Schwund des Normalambozeptors oder des Komplements oder beider. Komplementschwund findet sich überwiegend bei veralteter tertiärer Erkrankung innerer Organe. Fehlen von Komplement und Normalambozeptor deutet auf Syphilis des Zentralnervensystems. Bei vorhandenem Hämolysinschwund ist der Wassermann sehr hartnäckig. Möglichst frühe und energische Behandlung soll dem Hämolysinschwund vorbeugen. Letzterer ist eine Indikation für Lumbalpunktion.

Brun-Pedersen, Kopenhagen. Akrodermatitis continna (Hallopeau). p. 207.

Hallopeau hat eine Hauterkrankung als Akrodermatitis continna beschrieben, welche von den Nagelphalangen mit pustulöser Dermatitis zu beginnen schien, um mit rezidivierender Dermatitis und Pustelschüben später auch auf andere Partien der Arme und des Körpers überzugehen. Brun-Pedersen berichtet nun über 3 Fälle, wo in völlig verschiedenen Lebensaltern (Kindesalter, 22 Jahre, 75 Jahre) eine schwere, in zwei Fällen tötlich verlaufende Hautaffektion sich entwickelte, die nur teilweise der Akrodermatitis Hallopeaus entsprach, sich vielmehr durch ihre periodischen Pustelschübe, ihre mehr weniger ausgebreitete bzw. universelle Dermatitis der Impetigo herpetiformis (Hebra-Kaposis) bzw. der Dermat. herp. (Duhring) näherte. [In zwei Fällen war Drüsentuberkulose zugetreten.] Brun-Pedersen ist deshalb der Meinung, daß die Hallopeausche Erkrankung kein besonderes Krankheitsbild ist, sondern daß sie als (jeweilig



anders verlaufende und lokalisierte) Variante der beiden letztgenannten Dermatosen (Hebra-Kaposi, Duhring) aufzufassen ist.

Heft 5.

Almquist, Johan (Stockholm). Über die Pathogenese des merkuriellen Speichelflusses und Durchfalls nebst ihrem Verhalten zu den merkuriellen Veränderungen anderer Organe. p. 253.

Nach Beibringung sehr reichlicher Literatur berichtet Almquist über die histologischen Befunde des Magens und Darmkanals von 14 mit Quecksilber vergifteten Katzen. Hyperämie, Ödem, Entzündung, Nekrose und Gewebsabstoßung (samt Reparation) sind die von ihm eingehend geschilderten Veränderungen, die er mit der (wohl zu engen) Bezeichnung der merkuriellen Hyperämie zusammenfaßt, „weil die Gefäßerweiterung scheinbar die primäre Veränderung darstellt".

Sevening, Michel, Frankfurt a. M. Ein Beitrag zur Frage der Porokeratosis Mibelli. p. 292.

Schilderung eines Falles, der sich klinisch durch späte Entwicklung (ungefähr im 25. Lebensjahre) und durch ungewöhnliche Lokalisation — Handteller und Fußsohlen — vom Typus der Mibellischen Dermatose unterschied. Die anatomische Untersuchung ergab primäre Hyperakanthose an den Wandungen der Schweißdrüsenausführungsgänge, welche zu Hyperkeratose und Verstopfung dieser Gänge, muldenförmiger Vertiefung im Rete, Hornpfropfbildung und Involutionen führt.

Müller, Julius, Wiesbaden. Die Vakzinetherapie bei Erythema exsudativum multiforme (Hebra). p. 301.

Opsonogen (z. T. Leukogen), mit Dosen von 50 bis 100 Mill. beginnend, haben Müller in 25 Fällen obiger Erkrankung rasche, günstigste Wirkungen ergeben.

Heft 6.

Heller, Julius, Charlottenburg-Berlin. Zur Kasuistik seltener Nagelerkrankungen. p. 315.

XIII. Subunguale Blutung, vikariierend für menstruelle Blutung im Klimakterium. 50jährige Frau, früher an einem Lich. simpl. chron. erkrankt, zeigte gelbbräunliche, lichtundurchlässige Verfärbungen mehrerer Nägel, welche durch subunguale Blutungen (vikariierend an Stelle der zessierenden Menses) in die Matrix entstanden und mit dem wachsenden Nagel emporgerückt waren. Heller



nimmt mit Keitler eine prämenstruelle Blutdrucksteigerung als Ursache an.

XIV. Plötzlich einsetzende und ganz schnell abklingende Nagelentzündung mit nachfolgendem Nagelabfall. Das wesentlichste ist im Titel enthalten. Der Nagelabfall erfolgte schmerzlos 6 Monate nach der plötzlich gleich einem Gichtanfall aufgetretenen und rasch geschwundenen Nagelentzündung.

Friedmann, Martin. Über Gelbsucht bei Syphilitikern während und nach der Neosalvarsanbehandlung. p. 317.

XV. Die Erklärung der Gelbsucht während einer Lues-Salvarsankur ist nicht leicht, da Lues, Salvarsan, Herxheimer-Reaktion und Koinzidenzen (Magendarmkatarrhe etc.) in Frage kommen. Auch in vorliegender Zusammenstellung, die sich auf 511 beobachtete Fälle von Lues stützt, war die Deutung schwer. Friedmann neigt für seine Fälle, die meist spät (58—126 Tage) nach der Salvarsaninjektion aufgetreten waren, der Auffassung zu, daß dem Neosalvarsan die Schuld für das Leiden beizumessen ist, ohne es beweisen zu können. Schwerere Komplikationen kamen nie zur Beobachtung. Weitere Neosalvarsankuren oder Fortsetzung der bereits begonnenen seien schadlos.

Almkvist, Johann, Stockholm. Über die Pathogenese des merkuriellen Speichelflusses und Durchfalls nebst ihrem Verhalten zu den merkuriellen Veränderungen anderer Organe. p. 332.

XVI. Seine im Heft 5 beginnende Arbeit beendet der Autor im vorliegenden Heft 6. Einige seiner auf Grund experimenteller und histologischer Untersuchungen gewonnenen Schlüsse lauten: Der Gang der Quecksilbervergiftung im Magendarm ist der, daß sich einer primären, wahrscheinlich von Nerveneinfluß (v. Mering) abhängigen allgemeinen Hyperämie der ganzen Magendarmwand, Zellinfiltration um die erweiterten Kapillaren und starke Transsudation beträchtlicher Flüssigkeitsmengen in die Darmhöhle anschließen. Dieser Flüssigkeitsaustritt ist die Ursache des merkuriellen Durchfalls. Der Zellinfiltration folgen regressive Veränderungen des Epithels und der Drüsen bis zur Nekrosierung. Hierauf kann Abnahme der Gefäßerweiterung und der Rundzelleninfiltration den beginnenden Heilprozeß einleiten. An verschiedenen Stellen des Magen-Darmrohres kann sich der Krankheitsprozeß in verschiedenen Stadien befinden. Auch in den Speicheldrüsen tritt zuerst wahrscheinlich durch Nerveneinfluß merkurielle



Hyperämie auf mit nachfolgender Hypersekretion und „schleimähnlicher Umwandung" der Drüsenzellen. Der merkurielle Speichel ist zäher, fadenziehender, schleimähnlicher als der normale; er ist, wie das merkurielle Darmtranssudat, reicher an organischen Stoffen. Eine Reflexwirkung von der veränderten Mundschleimhaut scheint nicht das pathogenetische Moment für den merkuriellen Speichelfluß zu sein. Eine Untersuchung anderer Organe ergab namentlich in der Leber und Niere starke Gefäßerweiterung namentlich der Venen mit Degeneration der Drüsenzellen, im Pankreas immer Gefäßdilatation, in der Haut, namentlich um die Schweißdrüsen, Hyperämie mit Zellinfiltrat. Winternitz (Prag).

Dermatologisches Zentralblatt.

Bd. XXII. Nr. 4. 5, 6.

Keine Originalmitteilung.

Nr. 7.

Wetterer. Erfahrungen mit meinem Brandpulver. pag. 98.

Autor empfiehlt bei Verbrennungen die Trockenbehandlung. Er hat eine Kombination von Pulvern zusammenstellen lassen, darunter ein Bismutpräparat, Bolus, und das schmerzstillende Cykloform und unter dem Namen „Brandpulver" in den Handel bringen lassen. Er glaubt nicht nur bei Verbrennungen ersten und zweiten Grades, sondern auch bei schweren Verbrennungen und bei Röntgenulzerationen eine günstige Wirkung durch die Behandlung mit Brandpulver beobachtet zu haben.

Nr. 8.

Brenning. Rauchen als Mittel gegen Brechreiz bei Salvarsaninjektionen. pag. 114.

Bei einem Kranken, der unmittelbar nach jeder Salvarsaninjektion von Üblichkeiten und Brechreiz befallen wurde, versagte auch die von Taege empfohlene Methode, sich während der Injektion und auch noch einige Minuten nach deren Beendigung die Nase fest zusammenzudrücken, damit kein Äther mit der Atemluft die Nase durchstreichen kann. Der Kranke ersuchte nun um die Erlaubnis, während der Einspritzung eine Zigarre rauchen zu dürfen. Bei dieser und den folgenden Injektionen blieb der rauchende Patient von allen Üblichkeiten verschont.



Nr. 9.

Joseph, Max und *Kohnheim*, W. Über Behandlung von Krankheiten mit Staphylokokkenvakzinen. pag. 130.

Sowohl Opsonogen (Güstrow) als auch Leukogen (Höchst) ergaben, intravenös injiziert, bei mehreren hartnäckigen Fällen von Folliculitis decalvans, bei denen jede andere Therapie vergeblich gewesen war, günstigen Erfolg. Ein besonders prägnanter Fall bei einem 35jähr. Manne war von anderer Seite schon 15mal mit Röntgenstrahlen und 6mal mit Höhensonne erfolglos behandelt worden. Er wurde nach 6 Injektionen (3500 Millionen Keime) geheilt. Ebenso erfolgreich zeigte sich die Vakzinebehandlung bei Behandlung der Sycosis vulgaris.

Nr. 10.

Porten, Paul von der. Über Hg-Spritzkuren in der ambulanten Behandlung. pag. 146.

Da das von A. Neisser eingeführte Asurol unangenehme Nebenerscheinungen zeigte, wurde im Novasurol ein ähnliches Präparat in den Handel gebracht, das die unangenehmen Eigenschaften des Asurol nicht hatte. Das Novasurol ist chemisch eine Doppelverbindung von oximerkurichlorphenoxylessigsaurem Natrium und Diäthylmalonylharnstoff und enthält 33·9% Hg in nicht jonisierbarer Form. In Wasser ist es mit neutraler Reaktion löslich. Die Ampullen enthalten 2 cm^3 mit 0·07 Hg, so daß man mit 10—15 Injektionen 0·68 bis 1 *g* Hg injizieren kann. Die Injektionen werden meistens schmerzlos vertragen. Bisweilen verursachen die ersten 2 bis 3 Injektionen stärkere Schmerzen. Autor, der, um eine bessere Dauerwirkung zu erzielen, den 20 Novasurolinjektionen eine 21. und 22. Injektion mit Kalomel (10% 1 cm^3) folgen läßt, kommt zu dem Schluß, daß Novasurol den anderen löslichen Hg-Präparaten an Gehalt von Hg überlegen ist, und daß das Hg des Novasurols langsamer ausgeschieden wird als das der übrigen löslichen Hg-Präparate.

Nr. 11—12.

Fischer, Franz, Düsseldorf. Beitrag zur Lehre von der Syphilis occulta. pag. 162.

Eine außergewöhnlich kräftige, korpulente Frau, die nur mühsam gehen konnte, zeigte an sämtlichen Druckstellen der Fußsohlen dicke Schwielenbildung. Im Hohlfuße und am Fußrücken Verhornungen geringeren Grades,



jedoch mit nävusartigen Geschwülsten und zum Teil hahnenkammähnlichen Wucherungen. Die Luesdiagnose wurde bestätigt. Wa.-R. +++. Nach Neo-Salvarsan-Therapie schwanden sämtliche Wucherungen. Die Schwielen fielen bis auf die normalen Schwielen an den Druckpunkten ab.

Kaufmann, Ludwig. Zur Beständigkeit des Sulfoforms. pag. 178.

In Entgegnung auf eine im Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte (1919, Nr. 9) erschienene Arbeit des Herrn Dr. Merz (Basel) berichtet Autor (Chemiker), daß das Sulfoform in der festen Form, in der es an die Apotheken abgegeben wird, ein außerordentlich beständiger Körper ist, was aus der Unveränderlichkeit des Schmelzpunktes bei Präparaten, die jahrelang aufbewahrt wurden, festgestellt wurde. Empfindlich ist das Sulfoform nur gegen Säuren und saure Dämpfe. Die Sulfoformlösungen besaßen zunächst nicht die gleiche Haltbarkeit wie die trockene Substanz. Durch bestimmte Zubereitung kann jedoch das Sulfoformöl zu einem Dauerpräparate gemacht werden. Auch der Sulfoformspiritus besitzt einen genügenden Grad von Haltbarkeit, wenn auch dieser dem des Sulfoformöls nicht ganz gleich kommt, ein Umstand, der jedoch irgendwelche erhebliche Beeinflussung der therapeutischen Wirkung nicht enthält.

Bd. XXIII. Nr. 1.

Singermann, Max. Therapeutische Erfahrungen mit Terpentineinspritzungen bei Trichophytie. pag. 2.

Autor hat während 3—4 Monaten in der Josephschen Poliklinik etwa 100 Fälle von Trichophytie mit Terpentineinspritzungen behandelt und zwar hauptsächlich Fälle von hartnäckiger Sycosis parasitaria und vereinzelte Fälle von Trichophytia superficialis. 32 Fälle konnten als völlig geheilt entlassen werden. In etwa 35% aller behandelten Fälle war ein Rückgang der Erscheinungen zu beobachten, eine endgültige Heilung war aber erst bei nebenhergehender energischer Lokalbehandlung zu erzielen. Bei Sycosis non parasitaria und bei Herpes tonsurans war im Vergleich zu den nur lokal behandelten Fällen eine Abkürzung der Behandlungsdauer festzustellen. In etwa acht Fällen konnte die Behandlung mit Ol. tereb. wegen Auftreten schwerer Allgemeinerscheinungen nicht durchgeführt werden. Singermann kommt zu dem Schluß, daß die von Klingmüller eingeführte Behandlungsmethode mit

Ol. terebinth. bei der Trichophytie-Behandlung als Adjuvans sehr gute Dienste leistet.

Nr. 2.

Gutmann, Ernst. Neuer Beitrag zur Therapie der Urtikaria. pag. 17.

Bei einer akut mit außergewöhnlich heftigem Juckreiz auftretenden Urtikaria, die nach Genuß von amerikanischer Bananenkonservenmarmelade entstand, wurden vergebens Antipyrintabletten, Umschläge, Abtupfungen gegeben, ohne die Quaddeln zum Schwinden zu bringen. Autor versuchte darauf Atropin in Form von subkutanen Injektionen und erzielte damit deutlichen Erfolg. Nach einer Injektion von $^1/_2$ *mg* milderte sich nach ca. 10 Minuten mit dem teilweisen Zurückgehen und Abblassen der Quaddeln auch das Jucken. Nach einer $^1/_2$ Stunde trat neuerliche Steigerung des Juckens ein, das nach einer zweiten subkutanen Injektion im Verlauf von $^1/_2$—$^3/_4$ Stunden vollständig nachließ. Zugleich traten aber Erscheinungen einer leichten akuten Atropin-Vergiftung auf, die eine Coffein-Injektion notwendig machten. Autor erklärt die beruhigende Einwirkung des Atropins auf den Juckreiz durch die lähmende Wirkung des Atropins auf die sensiblen Hautnerven und das Nachlassen der objektiven Erscheinungen durch die Lösung des Venenspasmus, Aufhebung der Stauung und Resorption des Serums, hervorgerufen durch die toxisch wirkende Atropindosis. Hugo Fasal (Wien).

Zeitschrift für Sexualwissenschaft.

Band V. Heft 4—12.

Fließ, Wilhelm. Innere Sekretion. pag. 131.

Nicht nur die Pubertätsdrüsen der Keimorgane sind Sexualdrüsen; als solche sind auch die Schilddrüsen und Hypophyse zu bewerten. Beobachtungen an Kranken zeigen das deutlich durch den Erfolg der eingeleiteten Organotherapie.

Bloch, Iwan. Über traumatische Impotenz. pag. 135.

Die Impotenz ist häufig nur eine Begleiterscheinung einer allgemeinen traumatischen Neurose, obwohl es anderseits auch ganz isolierte Fälle von traumatischer Impotenz gibt. Im Kriege konnten beide Formen gehäuft beobachtet werden. Die Ursache bilden psychische oder körperliche Traumen. Bei ersterer Form ist als Wesen dieser Erkran-



kung eine Störung im endokrinen System anzunehmen. Als körperliche Traumen kommen Schmerz infolge von Verletzungen, Varicocele, Neuralgien, Gicht u. dgl., ferner Gehirn- und Rückenmarkserschütterung in Betracht.

Turel, Adrien. Sexualsymbolik. pag. 153 u. 198.

Zu kurzem Referate nicht geeignet.

Fehlinger, H. Pubertät und Klimakterium. pag. 165.

Die Reife tritt beim männlichen Geschlechte später und weniger markant auf als beim weiblichen. Der Eintritt der Reife ist bei den verschiedenen Rassen verschieden.

Löwenfeld. Über die Ehescheu und deren Bekämpfung. pag. 177.

Als Ursachen werden genannt: polygame Neigungen, gesundheitliche und eugenische Erwägungen, Ausfüllung durch den Beruf, wirtschaftliche Bedenken, Ehescheu auf psychisch bedingter Grundlage u. dgl. Zur Behebung dieser Ursache wird Frühehe, einfachere Lebensführung empfohlen.

Bornstein, K. Alkohol und Sexualität. pag. 188.

„Der Alkohol ist selbst in mäßigen Mengen, richtiger gesagt, gerade in mäßigen Mengen, ein gewaltiger Kuppler." Daher ist er als eine der Ursachen für die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten zu betrachten. Der Alkohol vermindert die Stillfähigkeit (bei Töchtern trinkender Väter). Er bewirkt Keimverderbnis (Blastophthorie Forels). Ein Teil der Fälle von Exhibitionismus, der homosexuellen Triebe, der pathologischen Triebe zu Kindern oder Tieren wird durch den Alkohol verstärkt oder bei einigermaßen latenter Anlage hervorgerufen. Überall sieht man im Sexualleben den verderblichen Einfluß des Alkohols.

Vaerting, M. Der Einfluß der männlichen Geistesarbeit auf die biologische Höherentwicklung der Menschheit. pag. 225.

Zu kurzem Referate nicht geeignet,

Theilhaber, F. A. Zur Sexualpathologie der Blutungen, insbesondere des „gefährlichen Alters". pag. 234.

Die Ursache der Sexualpathologie der Frauen vor dem Klimakterium ist nicht Hypersekretion der Ovarien. Durch die venöse Stase im Becken wird ein ständiger Nervenreiz im Genitalapparat erzeugt, der noch durch unzweckmäßige Lebensweise (Bequemlichkeit und Arbeitsnot), durch ungeeignete Ernährung verstärkt wird. Die Ursache der Blutungen ist in der Hyperämie und Hyperplasie des Uterus in den 40er Jahren zu erblicken. Eine verstärkte Sekretion der Eierstöcke ist nicht anzunehmen, im Gegenteil, sie



beginnen zu atrophieren. Ausgelöst werden Blutungen oft durch sexuelle Vorgänge.

Fließ, W. Sexualität und Symmetrie. Entgegnung auf den gleichnamigen Aufsatz von Paul Kammerer. pag. 249 u. 281.

Männlicher und weiblicher Stoff ist bei beiden Geschlechtern gemischt und zwar so, daß normalerweise der Mann mehr männlichen und weniger weiblichen, das Weib mehr weiblichen und weniger männlichen Stoff erhält. Die rechte Körperseite entspricht dabei ihrer Hauptmasse nach dem Geschlecht, die linke dem Gegengeschlecht. Die Ausnahmen — Linkser — haben mehr von den sekundären Geschlechtsmerkmalen des anderen Geschlechtes. Kammerers Kritik an der Gültigkeit wird durch Beispiele zu widerlegen gesucht.

Praetorius, Numa. Ein homosexueller Dichter des 17. Jahrhunderts, Saint-Pavin, der „König von Sodom". pag. 261.

Zu kurzem Referate nicht geeignet.

Kruženecký, Jaroslav. Analytische Bemerkungen zum Problem der Geschlechtsbestimmung. pag. 273 u. 317.

„Der ganze Prozeß der Geschlechtsbestimmung ist eigentlich nur eine Entscheidung zwischen den zweien, im Keimplasma gegebenen „sexuellen" Entwicklungsmöglichkeiten. In Fällen der sog. „innern" Geschlechtsbestimmung trägt diese Entscheidung schon den Keim in sich selbst; in den Fällen der sog. „äußeren" Geschlechtsbestimmung erfolgt diese Entscheidung wieder durch die resp. von Seite der äußeren Lebensfaktoren. Es handelt sich aber bei dem Prozeß der Geschlechtsbestimmung um keine eigentliche qualitative Determination im Sinne der Entwicklungsfaktoren von Seiten der sog. „Determinationsfaktoren, d. i. sexuelle Konstitution des Plasmas resp. äußere Lebensfaktoren", sondern um bloße Entscheidung zwischen zweien im Plasma schon im voraus vorhandenen Entwicklungsmöglichkeiten, um Entscheidung, ob die Entwicklung in der Richtung des männlichen oder des weiblichen Geschlechtes vor sich gehen soll."

Koerber, H. Sexualität und Schuldgefühl. p. 311.

Das Schuldgefühl scheint eine natürliche Regulative eines Triebes zu sein, der sonst zur alles beherrschenden Dominante unseres Lebens würde. Der Geschlechtstrieb ohne eine niederwuchtende Gegenstimmung würde zu einer Lustjagd ohnegleichen ausarten.



Adler, Otto. Perverses vom Kriegsschauplatz. pag. 326.

Schilderung einer französischen Masochistin.

Reisinger, L. Volksvermehrung und Volkswohl. pag. 330.

Die so oft gepredigte Volksvermehrung hat militärisches und großkapitalistisches Interesse im Sinne, nie aber das Volkswohl. Eine kleinere, aber gut genährte, wohlgebildete Kinderschar ist einem großen Haufen zum Teil hungernder, unerzogener Kinder vorzuziehen.

Schultze, Ernst. Die sexuelle Bedeutung des Geruchsinnes. pag. 343.

Eine sehr interessante Abhandlung.

Stümpke, H. Strindberg und die Frauen. p. 367.

Strindbergs Schicksal waren die Frauen, seine Frauen. Das spiegelt sich in seinen Werken wider. Im Anfang beinahe noch Idealist, wird er mit wachsender Erfahrung erst Skeptiker, dann unerbittlicher Kritiker am Weibe und schließlich Pessimist. Und doch hat er das Weib geliebt bis an sein Lebensende.

Krämer, A. Phallosgebilde bei französischen Kämpfern. pag. 376.

Bei mehreren gefallenen Franzosen wurden Phalli (aus Gips) gefunden. Über den Zweck kann K. nichts Bestimmtes angeben; vielleicht handelt es sich um ein Amulett.

Bd. VI. Heft 1—6.

Guradze, Hans. Die Wirkungen des Weltkrieges auf die deutsche Bevölkerungsentwicklung. pag. 1.

Die Verluste Deutschlands setzen sich zusammen aus 1,600.000 gefallener und gestorbener Soldaten, 763.000 Opfer der Blockade aus den Reihen der Zivilbevölkerung, aus der Verminderung der Geburten — bis Ende Dezember 1917 wurden nach Kuczynski 2 Millionen Kinder weniger geboren —, Vermehrung der Zivil-Sterblichkeit. Dem gegenüber stehen bis Ende 1918 rund 5 Millionen Geborener. Der Gesamtverlust von Anfang August 1914 bis Ende 1918 wäre ungefähr 2 Millionen Menschen. Auch das Zahlen-Verhältnis zwischen Männern und Frauen hat sich stark geändert: Anfang 1919 kamen auf 34·5 Millionen Frauen 31·5 Millionen Männer. Im Alter von 18—45 Jahren ist das Prozentverhältnis noch höher, etwa 15%.

Dück, Johannes. Über das österreichische Eherecht. pag. 13.



Fehlinger, H. Unkenntnis der Zeugung bei wilden Völkern. pag. 20.

Unter den Eingeborenen Nord- und Zentralaustraliens ist die Ansicht verbreitet, die Kinder drängen als winzig kleine Geister — von Verstorbenen — in die Frauen ein. In Zentralborneo nehmen die Eingeborenen an, daß die Schwangerschaft 4 bis 5 Monate dauere und das Kind kurz vor dem Sichtbarwerden der Schwangerschaftszeichen in den Leib der Mutter gelange. Auch in Melanesien ist der Zusammenhang zwischen Kohabitation und Konzeption nicht immer bekannt gewesen.

Hirschfeld, Magnus. Das angeblich dritte Geschlecht des Menschen. pag. 22.

Polemik mit Prof. Gustav Fritsch.

Marcuse, Max. Die Eugenik und das Psychische. Grundsätzliche Anmerkungen zu Schallmayers Lehre vom Rassedienst. pag. 27.

Joelsohn, Hermann. Moralität und Sexualität. pag. 49.

Der jungen Sexualethik fehlt noch die „Bestimmung ihrer Grundbegriffe, die Feststellung und völlige Klärung ihrer allgemeinsten Gegenstände, wie Trieb, Wille, Handlung, Pflicht, Recht. Moral, Sittlichkeit, Geschlecht, Gesellschaft, Staat usw. Bevor diese Arbeit nicht geleistet ist, hängt die Sexualethik als Wissenschaft in der Luft".

Hall, G. Stanley. Spiel, Erholung und Rückschlag. pag. 52.

Wega, Hedwig. Über Ehe, freie Liebe und Freundschaft zwischen Mann und Weib. pag. 61.

Die „freie Liebe" als Forderung für den Durchschnitt wird abgelehnt, da sie keinem der beiden Teile besondere Vorteile bringt, die Nachkommenschaft aber rechtloser macht als eine gesetzliche Ehe. Freundschaft zwischen Mann und Weib ist nur ein Notbehelf. Die Ausgestaltung der Ehe kann der Menschheit noch Glück bringen, Ausgestaltung durch „Ehrfurcht voreinander!"

Senf, Max Rudolf. Psychosexuelle Intuition. pag. 81.

Die Betonung der Besitzergreitung führt in gewissen Fällen zu einer Steigerung der Lust; es wird an Mittel gedacht, die eigene sexuelle Erregung nur um der Steigerung willen zu erhöhen, also etwa durch Einfühlung in fremde sexuelle Erregung. Schreitet die Entwicklung fort, dann verliert die Besitzergreifung schließlich jeden Wert als Bahn für die Detumeszenz zugunsten der übermäßigen Betonung jenes Einzeleindrucks der Erregung, der dann

das Sexualleben des Individuums ausfüllt und beherrscht, es kommt zur Mixoskopie.

Sichel, Max. Die Paralyse der Juden in sexologischer Bedeutung. pag. 98.

Bis Anfang der 70er Jahre war Paralyse bei den Juden selten. Durch die dann einsetzende Abwanderung in große Städte kamen die Juden unter erschwerte Lebensverhältnisse, wozu noch Abwendung von ihren alten Gebräuchen und das freiere sexuelle Leben kommt. Nach Wedler entfallen auf je 100.000 Nichtjuden in der öst. Irrenanstalt 7·77, auf 100.000 Juden 10·07 Paralysen; in London 21% Juden gegen 13% der übrigen Bevölkerung; in Frankfurt 12·5% Juden gegen 8·3% bei den Nichtjuden. In Altenberg, wohin ländliche Bezirke Kranke liefern, waren nur 2 jüdische Paralytiker in 12 Jahren. Außer der Lues spielen dann als Hilfsursachen noch der Alkohol, die Emanzipation der Frauen eine wichtige Rolle.

Schneickert, Hans. Der Fortpflanzungsgedanke nach dem Kriege. pag. 104.

Franze, P. Chr. Jugenderziehung im Sinne der Rassenveredlung. pag. 113.

Hirsch, Rechtsanwalt Dr. Über Schadenersatzpflicht des Arztes bei Sexualerkrankungen. pag. 119.

Eine interessante Abhandlung über Schadenersatzpflicht des Arztes infolge der neuen Verordnung der deutschen Reichsregierung zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Henning, Dr. Karl L. Prostitution und verwandte Erscheinungen in den Vereinigten Staaten von Nordamerika. pag. 122, 151, 179.

Ein äußerst lehrreicher Aufsatz mit Kapiteln über die Heimstätten der Prostitution, die Hilfsfaktoren der Prostitution, über soziale und ökonomische Faktoren, über Urninge. über die Bekämpfung der Prostitution.

Stekel, W. Sonntagsneurosen. pag. 145.

Die Sonntagsneurose hat mit dem Oedipuskomplex keinen Zusammenhang, wie Ferenczi annimmt. Der Neurotiker braucht Arbeit, muß immer beschäftigt sein, um vom eigenen Ich abgelenkt zu werden. Wenn sie nicht beschäftigt sind — an Sonn- und Festtagen, an ihren Urlauben — fühlen sie sich müde, abgespannt, unglücklich.

Franze, Paul Christian. Über das „Zuchtziel" und die Einverleibung der Werte beim Menschen. pag. 148.

Mittermaier, Prof. Dr. W. Franz v. Liszt †. p. 177.



Birnbaum, Karl. Sexualpsychopathologische Dokumente. pag. 182.

Bekenntnisse von G. Flaubert; H. Beyle-Stendhal, der von seiner sexuell betonten Liebe zur eigenen Mutter schrieb; Byron, Strindberg, Ganghofer, Berlioz haben fast noch als Kinder tiefe Liebe gefühlt; für Rousseaus Geschlechtsleben waren Züchtigungen. die er im Alter von 8 Jahren von einem 30jährigen Mädchen empfing, richtungsgebend. A. de Musset verrät in seinen „Bekenntnissen eines Kindes seiner Zeit" masochistische Züge. Retif de la Bretonne zeigt in seinen Romanen Fuß- und Schuhfetischismus. Auch Goethe verlangt in einem Briefe an Christiane ihre Schuhe. Eine für die Liebesrichtung des Marquis de Sade typische Geschichte schildert ein Brief der Marquise du Deffaud. Schmerzen erleiden wollen und Pelzfetischismus war Sacher-Masochs sexuelles Ideal.

Hugo Hecht (Prag).

The Journal of cutan. diseas. incl. Syph.

Bd. XXXIV. Nr. 2.

Pollitzer, S. Die Lepra, ein nationales Problem. p. 35.

Diese Herausgebernotiz enthält nebst statistisch-geschichtlichen Tatsachen über die Verbreitung der Lepra in alter Zeit sowie gegenwärtig in den Vereinigten Staaten eine Aufforderung an die dermatologische Vereinigung, alles daran zu setzen, daß der Kongreß die Maßnahmen zur Versorgung der Leprösen treffe.

White, Charles J. Boston. Das anaphylaktische Phänomen bei Ekzem und der gegenwärtige Fortschritt in unserer Kenntnis der Ursache und Behandlung dieser Krankheit. (Ein vorläufiger Bericht.) p. 57.

Mit parenteralen Injektionen von Fett, Stärke, Eiweiß hat White bei Ekzematikern, deren Stühle ein Übermaß dieser Stoffe geboten hatten, positive Hautreaktionen erhalten Diese Ergebnisse veranlaßten zu einer Nahrungsänderung, wobei aber auch die äußere Ekzembehandlung beibehalten wurde. Seine Erfahrungen faßt er folgendermaßen zusammen: Ekzematöse Kinder zeigen in ihren Stühlen ein Übermaß von Fett oder Stärke; bei ersterem handelt es sich um feuchte, bei letzterem um trockene Ekzeme. Wenn bei Ekzem die genannten Ausscheidungen



normal sind, dann sollte an eine Überempfindlichkeit gegen Hühnereiweiß oder Milch gedacht werden oder bei Fehlen dieser an eine verminderte Schilddrüsenausscheidung. Auch Urtikaria oder Akne scheinen bei parenteraler Einführung derartiger Stoffe ähnliche Reaktionen zu geben. Ungefähr 20% der Ekzematiker lassen übrigens die betreffenden Reaktionen vermissen.

Mc Brade, William, L. und *Schorer*, Edwin Henry. Kansas City. Erythematöse und urtikarielle Ausschläge, die von Sensibilisierung durch bestimmte Nahrungsstoffe herrühren. p. 70.

1. Gewisse Eiweißstoffe erzeugen bei gewissen Menschen Urtikaria und Erytheme u. zw.

2. Jeder Nährstoff ziemlich regelmäßig dieselben Störungen.

a) Urtikaria entsteht häufiger als Erythem; Fische, Paradiesäpfel und Käse bewirken nur Urtikaria, dagegen Getreidestoffe und Schwein rufen Erythem bei einer verhältnismäßigen großen Zahl hervor.

b) Paradiesäpfel und Getreide bewirken dies in einer Stunde nach der Einverleibung.

c) Dauer der Erscheinungen kürzer als 24 Stunden.

d) Die besonderen Reaktionen gegen Eier, Getreide und Schweine sind in einer erheblichen Menge vererbt.

e) Die Störungen durch Eier waren häufig mit Husten und Atemstörungen verbunden.

3. Urtikaria und Erythem als Folgen des Proteidgenusses verhalten sich häufig wie Anaphylaxieerscheinungen. Die ursächlichen Umstände lassen sich als *a)* wahre Anaphylaxie gegenüber den Nahrungsstoffen und ihren durch Parasiten sowie Kranhheiten gebildeten Zerfallsstoffen; *b)* als Giftwirkung; *c)* als Idiosynkrasie feststellen.

4. Die Diagnose soll eine spezifische sein (durch bestimmte Nährstoffe, Injektionen, Abderhaldenproben usw.).

5. Ebenso die Behandlung. Entfernung von Parasiten, Krankheiten, Immunisierung gegenüber Nährstoffen.

Montgomery, Douglas W., San Francisco. Immunität gegenüber Skabies. p. 90.

An den Bericht über den seltenen Fall einer anscheinenden Immunität gegenüber Skabies — eine junge Frau infizierte sich trotz zweimonatlicher Bettgemeinschaft mit ihrem krätzekranken Mann nicht von letzterem — knüpft M. einige Bemerkungen über die gewöhnlichen Infektionsweisen — Bett, Handschuh —, über Inkubationsdauer (ungefähr 10 Tage), über die regionäre Immunität der nicht prädisponierten Körperstellen u. a.



Wise, Fred und *Rosen*, Isadore, New-York. Ein Fall von früher Mycosis fungoides, der klinisch von Parapsoriasis (Brocq) nicht zu unterscheiden war. p. 95.

Je ein Fall von Mycosis fungoides und fleckenförmiger Parapsoriasis (Erythrodermie pityriasique en plaque disséminées, Brocq) bilden die Unterlage für eine Differenzierungsstudie des Verfassers. Im allgemeinen sind die Effloreszenzen der Mykosis schärfer begrenzt, tiefer infiltriert, vielförmiger als jene der Parapsoriasis, Jucken ist ein fast stets vorhandenes Zeichen der Mykosis, fehlt aber bei Parapsoriasis. Mikroskopisch ist der Reichtum an Eosinophilen, an Mastzellen, an Mitosen, Proliferation und Ödem im Epithel, bei Mykosis entscheidend gegenüber Parapsoriasis. Therapeutisch unterscheidet die günstige Einwirkung der Röntgenstrahlen auf Mycosis fungoides letztere von Parapsoriasis. Trotzdem gibt es Fälle bzw. Stadien (namentlich im Beginne) der beiden Erkrankungen, welche eine Unterscheidung sehr schwierig gestalten und wo eigentlich nur die histologische Untersuchung und die Reaktion gegenüber Röntgenstrahlen die Entscheidung ermöglichen.

Nr. 3.

Schwartz, Hans J., *Hejmann*, Walter James und *Mahnken*, Harry L., New-York. Der Zuckergehalt des Blutes bei verschiedenen Hautkrankheiten. p. 159.

Hyperglykämie ist wahrscheinlich ein Zeichen gestörten Gleichgewichtes zwischen Mobilisierung und Verbrauch des Zuckers. Vielleicht spielt sie eine Rolle in der Ätiologie und Hartnäckigkeit mancher Dermatosen. Die Verfasser haben deshalb (mit der Methode von Benedict und Lewis) bei einer Anzahl von Hautkrankheiten den Zuckergehalt des Blutes bestimmt. Sie fanden ihn in einer gewissen Gruppe von Dermatosen, zu welchen Akne, Seborrhoe, Sykosis gehören, vermehrt; bei anderen Erkrankungen, wie Alopekie, Atrophie. Hyperhidrose, Ekzem, Erythema multiforme, Syphilis, Psoriasis etc., waren im allgemeinen normale Zahlen.

Strickler, Albert, *Kollmer*, John A. und *Schamberg*, Jey F., Philadelphia. Komplementbindung bei Akne vulgaris. p. 166.

Die Verfasser kommen auf Grund von Komplementablenkungsversuchen, welche sie mit Staphylokokken (aus Akne), sog. Aknebazillen und Kolibazillen (von Aknekranken und normalen Menschen), als Antigenen anstellten, zu



folgenden Ergebnissen: Der sog. Aknebazillus (Typ Unna-Sabouraud) ist für Akne nicht spezifisch, kann aber ein normaler Bewohner der Talgfollikel sein, der unter günstigen Bedingungen in anderen Hauterkrankungen pathogene Eigenschaften annehmen kann. Antigene aus Kokken von Akne und anderen pustulären Erkrankungen geben aktive Reaktionen, die aber nicht spezifisch gegenüber jenen von Furunkelstaphylokokken sind: Kolibazillen geben bei Akne vulgaris, rosacea und seborrhoischer Dermatitis positive Resultate; fast $^2/_3$ der Aknefälle (bzw. des Serums derselben) gab positive Ablenkung mit Kolibazillen aus den Fäzes der Aknekranken gegenüber nur 15% positiver Ablenkung mit Kolibazillen, die von nicht akneiformen Hauterkrankungen stammten und negativen Resultaten Kb. aus nicht eruptiven Erkrankungen. Kolibazillen mögen also einen direkten Einfluß in der Pathogenese einiger Hautkrankheiten haben.

Nakano, H., Tokio. Der Wert verschiedener diagnostischer Methoden für den Liquor. p. 179.

Die Ergebnisse der früheren und neueren Untersuchungen Nakanos über den Liquor bei Syphilis und einzelner Meningealerkrankungen lauten: Die Wassermann-Reaktion im Liquor bei Spätsyphilis, Zerebrospinalsyphilis, Tabes dorsalis und Dementia paral. verschwindet rasch, aber die Serumreaktion verbleibt lange (positiv). Die ablenkende Substanz des Liquors gelangt wahrscheinlich vom Blute in ihn, doch muß die Entstehungsmöglichkeit desselben im Liquor selbst offen bleiben Nonne-Apelt ist häufig in Hirn- und Rückenmarkskrankheiten vorhanden. Die Weil-Kafka-Reaktion erscheint in akuten und chronischen Entzündungen bei Hirn- und Rückenmarkskrankheiten (Lues, Paralyse, Tabes, akute Meningitis). Die Reaktion von Lange erscheint in fast allen Hirn- und Rückenmarkskrankheiten. Alle genannten Reaktionen verschwinden gradweise bei Behandlung mit Salvarsan, Hg und Jod.

Walhauser, H. J. F., New-York. Dermatitis repens; Bericht über zwei seltene Fälle. p. 186.

Die Crockersche Dermatitis repens kann in eine akute (pustulöse) und eine chronische (papulo-squamöse) eingeteilt werden. Während bei ersterer Staphylokokken ätiologisch in Frage kommen, spielt wohl für letztere Syphilis eine bedeutsame Rolle. Ein vom Verf. gesehener Fall betraf eine Handrückenaffektion, die aus Blasen entstand, eine zentrale, nässende und eine periphere, die Haut unterminierende Zone zeigte und ähnliche Herde auf Nacken,



Gesicht, Haargrenze und Kopfhaut hervorrief. Auffallend war die Erscheinung, daß an den Narben und angrenzend an diese jede leichte Verletzung (durch Steinsplitter. Patient war Steinmetz) eine neue Blaseneruption veranlaßt, was W. im Sinne einer erworbenen Disposition deutet.

Tarnowsky, Georg de, Chicago. Die moderne Behandlung von Verbrennungen. p. 191.

Seine Schlußleitsätze lauten: Man überlasse Verbrennungen ersten Grades möglichst der Naturheilung. Bei Verbrennungen zweiten Grades wenn möglich frühzeitige Transplantation, selbst bei Gegenwart von Eiter. Offene Behandlung von Verbrennungen jeden Grades gibt die besten Erfolge; ist aber die offene Behandlung unmöglich, dann ist ein milder, nicht anliegender, möglichst lange verbleibender Verband anzulegen. Bei allen Verbrennungen II. und III. Grades muß der Schmerz durch Bedeckung der Tastkörperchen beherrscht werden. Ammon- oder milde Salbenverbände geben die besten Erfolge.

Nr. 4.

Heimann, Walter James, New-York. Eine kritische Übersicht über Ekzem und Dermatitis, mit einer Analyse einer Gruppe von Fällen. p. 259.

In einer Reihe von kleinen Abschnitten bespricht Heimann Befunde und Anschauungen über Ekzem und Dermatitis und kommt zu folgenden Schlüssen: Ekzem und vesikuläre Dermatitis haben dieselbe mikroskopische Beschaffenheit, die Bezeichnung des einzelnen Falles ist durch Angabe des Stadiums, Örtlichkeit des Ausschlages und Konstitution des Erkrankten genügend charakterisiert. Ekzem und Dermatitis sind identisch. Seborrhoe ist ein häufiger Ausgangspunkt. Neurodermitis ist von Lichenifikation wohl zu scheiden. In der Ätiologie spielen innere und äußere Momente eine Rolle. Das Ekzem ist eine (durch seine bekannten Erscheinungen gekennzeichnete) exsudative Hautentzündung, an deren Zustandekommen äußere, bekannte oder unbekannte Anlässe und prädisponierende Ursachen teilhaben. H. schließt die kurze Analyse von 14 Fällen an, bei welchen fast jedesmal innere Momente (Nervosität, Obstipation, Menstruationsanomalie, Stoffwechseländerungen) und äußere Schädigungen (meist chemischer Natur) ursächlich beteiligt waren und da sich zur örtlichen Dermatitis auch generalisierte ekzematöse Erscheinungen desselben Typus gesellten, so hält er Ekzem und Dermatitis auch nach der ätiologischen Seite für identisch.



Montgomery, Douglas W., San Francisco. Tiefe Querfurchen der Fingernägel nach örtlicher Asphyxie. p. 285.

An den Nägeln eines Mannes, der nach einer Streptokokkeninfektion und einem universellen Ekzem eine Fingerasphyxie erworben hatte, zeigte sich 3 Monate nach starker Abkühlung (und starker Ausbildung der Fingerasphyxie) eine quere tiefe Furchenbildung der Fingernägel, die bei der ersten Besichtigung über der Lunula beobachtet wurde und nach 4 Monaten den freien Nagelrand erreicht hatte. Tenesmus der Gefäßmuskel mag eine Wachstumsstörung der Nägel an der Nagelwurzel und hiermit die Furchen bewirkt haben.

Newmann, E. D., New-York. Aktinomykosis an der Haut und im Organismus. Bericht über einen Fall. p. 290

Beschreibung eines Falles.

Mackee, George M. und *Remer,* John, New-York. Die Coolidge-Röhre und das Radiometer von Corbett. p. 296.

Die Coolidge-Röhre erscheint den Autoren wegen der Möglichkeit, sie rasch und exakt zu regulieren, und sie bei stärkster Inanspruchnahme durch lange Zeit in gleicher Strahlenbeschaffenheit zu erhalten, gegenwärtig alle anderen Röhren zu übertreffen. Das Radiometer von Corbett ist wissenschaftlich genau, die Vergleichs-(Standard-) Farbe ist dauerhaft (permanent).

Nr. 5.

Stokes, John H., Chicago. Klinische und experimentelle Beobachtungen bei einem Fall von Pityriasis lichenoides chronica (Juliusberg). pag. 343.

Klinische Beobachtung und histologische Untersuchung haben Stokes im beobachteten Falle zur Diagnose Pit. lich. chron. geführt. Bezüglich der histologischen Einzelheiten schließt er sich den in der Literatur vorliegenden Untersuchungen an. Therapeutisch haben sich Seruminjektionen nutzlos, Jodtherapie schädlich, Blutentziehungen augenscheinlich nützlich erwiesen; Chrysarobin erzeugte eine Dermatitis, mit deren Schwinden auch der größte Teil der Effloreszenzen abheilte. Antiluetische Behandlung war völlig erfolglos geblieben. Injektionen von Extrakten der Effloreszenzen mit Patientenserum ergaben allergische Reaktionen, aber ebenso wirkten jene mit Psoriasisprodukten. Stokes läßt die Bedeutung dieser Reaktion als

kausal in Schwebe; sie kann, wie die Luithlensche Anschauung, von der Umstimmung durch Kolloide, weiters jene über den Einfluß autogener Seruminjektionen und die Befunde von Stickstoffanreicherung bei Psoriasis (Schamberg) Grundlagen für weitere Untersuchungen über Kolloidgleichgewicht in Organismen abgeben.

Post, Abner, Boston. Die Knochen bei kongenitaler Syphilis. (Projektionsdemonstration.) p. 351.

Außer den bekannten Bildern von hereditär-syphilitischer Osteochondritis, Periostitis und Osteomyelitis wurde ein Fall symmetrischer Synovitis der Knie demonstriert.

Ravogli, A., Cincinnati. Gangränöses syphilitisches Gumma des Oberschenkels. p. 353.

Beschreibung eines sehr ausgedehnten, gangränösen Gummas des Oberschenkels, das Verf. zu folgenden Schlüssen veranlaßt: 1. Zwischen gummöser Infiltration, Zersetzung und Gangrän ist nur ein Schritt. 2. u. 3. Die Gangrän ist die Folge einer tiefen Gefäßschädigung, ihre Schnelligkeit hängt mit der großen Zahl der geschädigten Gefäße zusammen. 4. Negativer Wassermann bei tertiärer Syphilis ist die Folge der mangelnden Produktion von Antikörpern. 5. In solchen Fällen ist milde Hg- und J.-Behandlung oft besser als stetige Salvarsanzufuhr.

White, Charles J., Boston. Die Verwendung von Quecksilber bei Verrucae plan. juveniles. p. 361.

Vier weitere Fälle, bei denen sich Quecksilber (HgJ. oder $HgCl_2$ in Pillen) sehr wirksam gegen plane Warzen gezeigt hat.

Harper Blaisdell, J., Boston. Trichotillomanie; Bericht über 2 Fälle dieser seltenen Neuro-Dermatose. p. 363.

Zwei Fälle (39- und 43jährige Männer), bei welchen eine Empfindung von Zwicken oder Jucken die Betreffenden zu jahrelang fortgesetztem Ausziehen von Bart- und Kopfhaaren veranlaßte. Objektiv scheint keine Erkrankung vorhanden gewesen zu sein.

Rudolf Winternitz (Prag).

Hautkrankheiten.

Allgemeines, Anatomie, Physiologie, allgem. und exper. Pathologie, path. Anatomie.

Rosenthal, O., Berlin. Militärärztliche Beobachtungen eines Dermatologen. Berliner klinische Wochenschr. 1917. Nr. 8. p. 180.

Der erste Abschnitt soll einen neuen Beitrag liefern zu dem jetzt neu aufgeflackerten Streit um die Wertung der Wassermannschen Reaktion, zu dem R. in letzter Zeit schon einmal gemeinschaftlich mit Julius Heller, Berlin, das Wort ergriffen hatte. Er führt zunächst 6 Krankengeschichten an, bei denen klinisch keine Lues vorlag, deren Erscheinungen aber auf Lues zurückgeführt wurden, weil eine anfängliche Blutuntersuchung W.-R. + ergeben hatte. Spätere, meist von anderen Untersuchern angeführte, wiederholte Nachprüfungen hatten, in Übereinstimmung mit der Klinik, negatives Ergebnis, so daß den schon zur spezifischen Behandlung ins Lazarett eingelieferten Kranken Diagnose und Behandlung erspart werden konnte. Auch 2 weitere wiedergegebene Krankengeschichten mahnen zur Vorsicht. (Anmerkung des Ref.: Durchsicht der geschilderten 8 Fälle läßt jedoch den Schluß zu, daß die Unstimmigkeiten nicht der Methode, sondern ihrer Handhabung zur Last fallen.)

Im zweiten Abschnitte wird eine schwere Arsenvergiftung nach 10maliger Einspritzung von 0·45 Neosalvarsan — neben 8 Mercinolspritzen innerhalb 2 Monate — besprochen. Es bestand kleinfleckiges universelles Exanthem auf Haut und Schleimhaut mit anfangs punktförmiger, später lamellöser Abschuppung, Keratose an Handtellern und Fußsohlen und allgemeine Melanose, die die Schleimhäute freiließ; ferner Paraesthesien, Neuralgien, ferner Verdauungsstörungen, Anämie und Kachexie. Ausgang in Heilung.

Am Schluß werden einige Erfahrungen über Diathermiebehandlung bei Gonorrhoe angeführt. Bei einigen Komplikationen konnte mitunter Besserung erzielt werden.

Krakauer (Breslau).

Bernhard. Sonnenlichtpathologie. Schweizerische Rundschau für Medizin. 1917. Nr. 7. p. 121.

Bernhard, der Begründer der Heliotherapie, nimmt Veranlassung, in diesem Artikel auf die Gefahren des Sonnenlichtes für den menschlichen Organismus hinzuweisen, wobei naturgemäß die Schädigungen der Haut die Hauptrolle spielen. Verf. vergleicht das Licht mit einem Heilmittel, das in kleinen Dosen heilend auf den kranken Organismus wirke, in zu großen Dosen aber auf den gesunden Körper eine schädigende Wirkung entfalte.

Es werden der Reihe nach besprochen das Erythema solare, bei dem das reflektierte Licht des Gletscherschnees eine große Rolle spiele. Frischer Schnee reflektiere das Licht am stärksten. Auch bei trüben Tagen könne im Hochgebirge das Erythema solare auftreten, da die Atmosphäre eine starke Lichtintensität besitze.

Verf. erwähnt dann auch das sog. Sonnenfieber, das sich in Form von Hautrötung, Kopfschmerzen und nur einige Stunden dauernder Temperaturerhöhung äußere. Die Affektion soll bei kritikloser, stundenlanger Dauer des ersten Sonnenbades auftreten.

Es werden dann ferner besprochen die Hydroa vacciniforme, das Xeroderma pigmentosum, die Pellagra, Beri Beri, die Buchweizenkrankheit der Rinder und die Dermatitis der Lachnanthes tinctoria fressenden Schweine in Südamerika. Verf. bezweifelt, daß das reine Sonnenlicht indirekt für das Auftreten der Gesichtskarzinome verantwortlich gemacht werden könne. Wenigstens habe er bei den stark den atmosphärischen Einflüssen ausgesetzten Bewohnern des Engadins nie einen Fall von Karzinom der Haut des Gesichtes oder der Hände konstatieren können, ebensowenig wie Lupus vulgaris. Das häufige Auftreten des Hautkrebses bei den Seeleuten führt er mehr auf den Salzgehalt des Wassers und auf das Gepeitschtwerden durch die Flut zurück.

Bei den Exanthemen wie Pocken, Scharlach, Erysipel, Masern wirkt das Licht nach Verf. entzündungssteigernd. Auch die Schneeblindheit wird kurz besprochen.

Endlich gedenkt B. auch der Schädigungen des Körpers durch die Wärmestrahlung: Sonnenstich, Tropenkoller, Hitzschlag und Porphyrinurie.

Max Winkler (Luzern).

Bloch, B. Stoffwechsel- und Immunitätsprobleme in der Dermatologie. Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte. 1917. Nr. 31. p. 993.

In dieser historisch aufgebauten Antrittsvorlesung

geht Verf. auf die Zusammenhänge ein, die zwischen gewissen Hauterscheinungen und Störungen der inneren Sekretion und des Stoffwechsels bestehen. Ferner werden gewisse Hauterscheinungen vom Standpunkte der Immunitätslehre aus kritisch besprochen. Bloch scheint für diese Besprechung besonders geeignet zu sein, hat er doch diesen Problemen durch eigene grundlegende Arbeiten, namentlich die Trichophytieforschungen, schon längst seine Aufmerksamkeit geschenkt.

Verf. weist zunächst hin auf die Hauterscheinungen bei Störungen der inneren Sekretion (Myxödem, Braunfärbung bei Morbus Addison, Xanthome bei Diabetes und Ikterus usw.). Dann bespricht er eingehender die Porphyrinurie bei Hydroa vacciniforme, die als Sensibilisator für die Lichtstrahlen wirkt. Eigene Untersuchungen auf dem Gebiete der Pigmentlehre führen Verf. dazu, die vermehrte Pigmentablagerung in der Haut bei Morbus Addison abzuklären.

Er geht dann über auf das Gebiet der Immunitätsforschung. Die allergischen Reaktionen der Trichophytie, der Tuberkulose, der Lues werden des genaueren erörtert und die Hauterscheinungen nach diesem Gesichtspunkte gewürdigt. Es zeigt sich dabei, welch' regen Anteil die Elemente der Haut an den allergischen Erscheinungen nehmen im Gegensatz zur Serumimmunität bei Tetanus, Diphtherie usw. Durch diese Funktionen der Haut werden die lebenswichtigen inneren Organe vielfach vor Krankheiten bewahrt. Max Winkler (Luzern).

Lutz, W. Über Allergie bei Hauterkrankungen. Korrespondenzblatt f. Schweizer Ärzte. 1917. Nr. 48. p. 1601.

Übersichtsreferat über die wichtigeren Ergebnisse der Allergieforschung. Verf. bespricht die Bedeutung der allergischen Reaktion für die Trichophytieerkrankungen, die Tuberkulose und die Idiosynkrasien. Letztere werden ebenfalls als allergische Reaktionen aufgefaßt und zwar sowohl die Eiweißidiosynkrasien als die Arzneiidiosynkrasien. Es wird namentlich auch die Wichtigkeit der Hautzellen für das Zustandekommen der veränderten Reaktionsfähigkeit des Organismus hervorgehoben.

Max Winkler (Luzern).

Klausner, E. Das Anaphylaxieproblem in der Dermatologie. Med. Klinik. 1916. Nr. 7.

Der interessante und bis jetzt noch nicht restlos erklärte Symptomenkomplex der Anaphylaxie hat in letzter Zeit häufig zur Erklärung von gewissen Hautkrankheiten



gedient. Pirquet und Schick haben so die Serumkrankheit — Auftreten von Urtikaria, Fieber, Ödem und Gelenkschmerzen nach Seruminjektionen — erklärt. Pirquet führte für diese Form der Überempfindlichkeit den Namen „Allergie" ein; diese Erscheinung konnte besonders an der Blatternschutzimpfung studiert werden. Auch die Kutanreaktion auf Tuberkulose ist als allergische Reaktion zu deuten. Bei Syphilis konnte Noguchi mit einem Luetin genannten Spirochätenextrakt Kutanreaktion hervorrufen. K. erzielte bei tertiärer Syphilis mit einem von Fischer hergestellten Extrakt, dem Pallidin, typische Kutanreaktionen, die als allergische Reaktionen aufgefaßt werden. Ähnliche allergische Hautreaktionen wurden bei Rotz, Typhus, Lepra, Hyphomyzetenerkrankungen u. dgl. erzielt. Als Erkrankungen, die mit Anaphylaxie in Verbindung zu bringeu sind, ist Urtikaria zu erwähnen, sei es Urticaria ex ingestis oder infolge äußerer Gifteinwirkung (Brennnesseln, Bienenstiche u. dgl.), Pflanzendermatitiden, Satinholzdermatitis. Hieher gehört auch die Überempfindlichkeit gegen Medikamente (Antipyrin, Jodoform, Quecksilber usw.).

Hugo Hecht (Prag).

Schultze, W. H. Zur Technik der Oxydasereaktion (Indophenolblausynthese). Zentralbl. f. allgem. Pathol. u. pathol. Anat. Bd. XXVIII. Heft 1. p. 8.

S. nimmt Stellung zu den im Bd. XXVII, Heft 14 des Zentralbl. f. allgem. Pathol. von Gräff und von v. Gierke über Oxydasereaktion publizierten Arbeiten und verteidigt seine Methode gegen die Angriffe Gräffs. Er hebt die Vorteile seiner und die Nachteile der Gräff-v. Gierkeschen Methode hervor, begrüßt aber gleichzeitig letztere, die eine Anweisung zur Herstellung von Dauerpräparaten gibt, als entschiedenen Fortschritt und gibt der Hoffnung Ausdruck, daß hierdurch die Oxydasereaktion noch weitere Verbreitung gewinnen wird. Es folgt eine Beschreibung der einzelnen Phasen der Schultzeschen Oxydasereaktion verbunden mit der Gräff-v. Gierkeschen Dauermethode.

Sigismund Bochyński (Würzburg).

Schultze, W. H. Über das Paraphenylendiamin in der histologischen Färbetechnik (katalytische Färbung) und über eine neue Schnellfärbemethode der Nervenmarkscheiden am Gefrierschnitt. Zentralbl. f. allgem. Pathol. u. pathol. Anatomie. Bd. XXVIII. Nr. 11. p. 257.

S. hat schöne Präparate mit vorzüglicher Darstellung der Kerne, Zellgrenzen etc. an Formolgefrierschnitten nach Vorbehandlung in 1% $AgNO_3$-Lösung (etwa 1/2 Stunde lang)



und ganz kurzer Nachbehandlung in 1% Lösung von Paraphenylendiamin erhalten. Vor und nach der Behandlung mit Paraphenylendiamin müssen die Schnitte gewässert und zum Schluß aus dem Wasser durch Alkohol in Kanadabalsam übergeführt werden. Die Färbung fiel noch schöner aus, wenn die Schnitte statt in Silbernitrat in einer 1—10-prozentigen wässerigen Phosphormolybdänsäurelösung vorbehandelt wurden.

Für Darstellung der Markscheiden an Formolgefrierschnitten empfiehlt S. folgendes Verfahren:

1. 1‰ Osmiumsäurelösung $\frac{1}{2}$—2 Stunden;
2. Abspülen in mehrmals gewechseltem dest. Wasser;
3. filtrierte 1%ige Paraphenylendiaminlösung (die am besten einige Tage alt ist) bis zur Schwarzfärbung ($\frac{1}{4}$ St. und länger);
4. Differenzierung in $\frac{1}{3}$% Kalipermanganat $\frac{1}{4}$—$\frac{1}{2}$ Min.;
5. Wasser;
6. Differenzieren in einem Gemisch von 1% Oxalsäurelösung und 1% Kalium sulfurosum-Lösung $\frac{1}{2}$—10 Min.;
7. Wasser;
8. Alkoholreihe, Xylol, Balsam.

Sigismund Bochyński (Würzburg).

Olivecrona, H. Eine vereinfachte Methode zur Darstellung der Markscheiden an Gefrierschnitten. Zentralbl. f. allgem. Pathol. u. pathol. Anat. Bd. XXVIII. Nr. 21. p. 521.

Die Methode hat vor allen anderen den Vorzug der Schnelligkeit. Die einzelnen Phasen sind folgende: 1. Fixieren der 4 *mm* dicken Scheiben in 10% Formollösung 20—24 Stunden. 2. Auffangen der 15—30 μ dicken Gefrierschnitte in 20% Alkohol. 3. 70% Alkohol 10 Min. 4. Eisenhämatoxylin 1 Stunde. 5. Abspülen in Wasser. 6. Differenzieren 5—10 Min. lang in folgender Lösung: Liqu. ferri sesquichlor. 8·0, Aq. dest. 100·0, HCl conc. 1·0. 7. Wasser. 8. Einlegen der Schnitte für 15 Min. in ein Schälchen mit Wasser, dem einige Kubikzentimeter konzentrierter wässeriger Lösung von Lithion carb. zugesetzt sind. 9. Entwässern in steigendem Alkohol. 10. Karbolxylol. 11. Kanadabalsam. Zum Schluß ist eine Methode zur gleichzeitigen Färbung von Glia und Bindegewebe angegeben.

Sigismund Bochyński (Würzburg).

Lagerberg. Eine neue Methode der Sporenfärbung nebst Bemerkung über säurefeste Granula in sporenhaltigen Bakterien. Zentralbl. f. Bakt. Bd. LXXIX. p. 191.

Der Objektträgerausstrich des sporenhaltigen Materials



wird in der Flamme fixiert und mit Kupfersulfatlösung übergossen. Unter vorsichtigem Erwärmen tropfenweiser Zusatz von Ammoniak bis zur völligen Lösung des ausgefällten Kupfersulfates. Dann 1—2 Tropfen Kupfersulfat. Einwirkungsdauer 30 Sekunden. Auswaschen mit Ammoniak. Wasserspülung. Färbung mit Karbolfuchsin, Entfärbung in 3—5% Schwefelsäure. Gegenfärbung unnötig.

Walther Pick (Wien).

Unna und *Tielemann*. Zur Chemie der Amöben. Zentralbl. f. Bakt. Bd. LXXX. p. 66.

Mittelst chromolytischer Analyse wird die Histochemie der Amöben (Amoeba limax) untersucht und speziell die große Differenz gegenüber Leukozyten aufgezeigt, mit welchen die Amöben eben nur die amöboide Bewegung teilen, während alle chemischen Eigenschaften grundsätzlich verschieden sind. Der Vorgang der Phagozytose ist bei den Amöben ein aktiver, bei den Leukozyten ein mehr passiver.

Die Details der sehr interessanten Untersuchungen eignen sich nicht zu kurzem Referat.

Walther Pick (Wien).

Potjan und *Steffenhagen*. Eiweißnachweis mit Chlorkalklösung und Salzsäure. Deutsche mediz. Woch. Nr. 17. 1917.

Die teuren Salpeter- und Karbolsäuren suchten Potjan und Steffenhagen bei der Eiweißuntersuchung des Harns durch billigere, leichter zu beschaffende Reagentien zu ersetzen und erreichten dies, indem Chlorkalk etwas Salzsäure zugesetzt wurde. Ein Vorteil der Probe ist, daß ein Filtrieren unnötig ist, da sich auch im trüben Harn die Opaleszenz, bzw. der fleckige Niederschlag gut feststellen läßt. Die Chlorkalk-Salzsäureprobe ergab schnelle und sichere Resultate. Max Joseph (Berlin).

Bildungsanomalien.

Schwalb, J. Das Syringom. Med. Klinik. 1916. Nr. 11.

Differentialdiagnostisch kommen die multiplen Fibrome des Morbus Recklinghausen, multiple Hautlipome, das Adenoma sebaceum, das Brooksche Epithelioma adenoides cysticum und das Hydrozystom in Betracht. Eine histologische Untersuchung sichert stets die Diagnose: Man findet Zysten und Zellstränge, um dieselben sowie um die Gefäße herum Lymphozytenhäufchen. Die Zysten entstehen höchstwahrscheinlich aus den Zellsträngen durch Zerfall. Die Stränge bestehen aus Zellen, teils spindelig, teils rundlich, epithelähnlich, ohne Zwischensubstanz. Als Ursprungsort



für diese Bildungen können die Schweißdrüsenausführungsgänge angenommen werden. Hugo Hecht (Prag).

Pinkus, Felix. Granulationsgeschwülste der Haut. Med. Klinik. 1916. Nr. 26.

Sammelreferat.

Pinkus, F. Geschwülste der Haut. Med. Klinik. 1916. Nr. 22.

Ein Sammelreferat.

Pinkus, F. Dermatochemie. Med. Kl. 1916. Nr. 32.

Ein Sammelreferat.

Pinkus, F. Kriegsdermatologie. Med. Klinik. 1916. Nr. 30. Hugo Hecht (Prag).

Kenéz, Ludwig. Mit Fibrolysin behandelter und geheilter Fall multipler Neurofibrome. Deutsche med. Woch. Nr. 3. 1917.

Der 42jährige Patient Kenéz' bemerkte zuerst am Halse, dann an Oberschenkeln, Brust, Rücken und Bauch schmerzhafte Geschwülste. Die immer heftiger werdenden Schmerzen und die Lokalisation ließen die Diagnose Neurofibrom zu. Subkutane Injektionen mit Fibrolysin waren zwar anfangs scheinbar erfolglos, erzeugten aber in der 4. Woche der Behandlung eine Verkleinerung der Geschwülste und Verminderung der Schmerzen und nach 3 Monaten völlige Heilung dieser bisher für unheilbar geltenden Erkrankung. Max Joseph (Berlin).

Hueter, C. Ein kapillares Lymphangiom. Zentralbl. f. allgem. Pathol. u. pathol. Anat. Bd. XXVIII. Nr. 6. p. 129.

Nach Ribbert ist ein Lymphangiom eine Geschwulst, die aus einem selbständig gewordenen, aus Lymphgefäßen und Bindegewebe zusammengesetzten, in sich abgeschlossenen, gegen die Umgebung gut abgegrenzten Gewebskeim besteht. Andere Autoren heben als wesentlich für den Begriff des Lymphangioms eine Neubildung von Lymphgefäßen hervor im Gegensatz zur Lymphangiektasie, die durch Erweiterung präformierter, normalerweise in dem Gewebe befindlicher Lymphgefäße entsteht. Wenn man außer dem zystischen und kavernösen Lymphangiom noch ein Lymphangioma simplex unterscheidet, so ist darunter ein Tumor zu verstehen, der sich aus nicht erweiterten, also kapillaren, neugebildeten Lymphgefäßen und dem dazugehörigen Stroma zusammensetzt. Diese Geschwulst scheint äußerst selten zu sein. Verf. hat Gelegenheit gehabt, ein derartiges Lymphangiom, das einer 48 Jahre alten Patientin, bei der es über dem Sprunggelenk neben der Achillessehne in der Subkutis saß, exstirpiert wurde, mikroskopisch zu untersuchen



und fand in einer bindegewebigen Kapsel eingeschlossene, enge, nur hie und da mäßig erweiterte, von Endothelzellen umsäumte Schläuche und als deren Matrix daneben ein eigentümliches Gewebe, in dem die zelligen Elemente über das Stroma überwogen. Die Entwicklung der kapillaren Röhren aus diesem Gewebe konnte genau verfolgt werden.

Sigismund Bochyński (Würzburg).

Barbezat, Ch. Über das gutartige Epithelioma spino- und basocellulare des harten Gaumens. Zentralbl. f. allgem. Pathol. u. pathol. Anat. Bd. XXVIII. Nr. 10. p. 233.

In dem Tumor war ein Parenchym und ein Stroma deutlich zu unterscheiden. Das Parenchym bestand aus Zellsträngen und -Haufen, die teils solid waren, teils Alveolen und Schläuche bildeten. In den Zellsträngen, die an verschiedenen Stellen mit unregelmäßigen, bis 1 *mm* großen Zysten in Verbindung standen, waren kleine, etwa $^1/_2$ *mm* messende, runde Räume zu sehen, von denen die einen leer waren, die anderen homogene oder konzentrisch geschichtete Massen enthielten. Das bindegewebige Stroma war außergewöhnlich reich an elastischen Fasern. Der Tumor gehört zu den gutartigen Neoplasmen und ist wahrscheinlich aus kongenital versprengten Epithelien der Mundschleimhaut entstanden, da die Elemente des Parenchyms zum großen Teil Basal- und Stachelzellen waren.

Sigismund Bochyński (Würzburg).

Merian, L. Über seltene Kopfhauterkrankungen. Korrespondenzblatt f. Schweizer Ärzte. 1917. Nr. 27. p. 944.

Merian demonstrierte in der Gesellschaft der Ärzte in Zürich 2 Fälle von Kopfhauterkrankung. Bei dem einen Falle handelte es sich um eine Cutis verticis gyrata bei einem 36jährigen Manne. Verf. schließt sich der Ansicht Jadassohns an, der die Ansicht vertritt, daß es sich um eine Verdickung und zu weite Beschaffenheit der Kopfhaut an zirkumskripter Stelle handelt.

Der zweite Fall betrifft eine Alopecia atrophicans (Pseudopelade Brocq) bei einem 56jährigen Manne. Jede Therapie erwies sich als erfolglos.

Max Winkler (Luzern).

Saul. Untersuchungen zur Ätiologie und Biologie der Tumoren. XX. Mitteilung. Zentralbl. für Bakteriol. Bd. LXXIX. p. 371.

Weder die Karzinome noch die Sarkome haben eine einheitliche Ätiologie, sie können Infektions- oder Intoxikations- oder auch Konstitutionskrankheiten sein.



Das Epithelioma contagiosum des Huhns wird durch den Bazillus der Geflügeldiphtherie hervorgerufen, der sich sowohl in Ausstrichpräparaten als im Berkefeldfiltrat der Tumoren nachweisen läßt.

Im Ausstrichpräparat des Molluscum contagiosum des Menschen finden sich Streptokokken, die sich von den übrigen Streptokokken dadurch unterscheiden, daß sie auf keinem Nährboden wachsen. Sie durchdringen das Berkefeldfilter. Walther Pick (Wien).

Schou, H. J. Ein Fall von Raynauds Krankheit. Hospitalstidende 1917. Nr. 15. p. 346—357.

Kasuistische Mitteilung. Der Patient hatte eine stark positive Wassermannsche Reaktion.

Harald Boas (Kopenhagen).

Akute und chronische Infektionskrankheiten.

Landé, Lotte. Die Diagnose der primären Nasendiphtherie und der Hautdiphtherie im Säuglings- und Kindesalter. Berl. kl. Wochenschr. Nr. 51. 17./XII. 1917. p. 1215.

Die Nasendiphtherie ist nicht selten; $^3/_4$ aller diphtherischen Säuglingserkrankungen verlaufen unter dem Bilde der primären, isolierten Nasendiphtherie. Auch Hautdiphtherie des Kindesalters ist häufig. Unter 200 Diphtherien der Göttinger Kinderklinik war 44 Mal die Haut betroffen; 32 Mal bildete die Haut den einzigen Herd; die meisten Kinder waren jünger als 2 Jahre. (Kontaktinfektionen der ekzematösen Säuglingshaut.) Die Grundform ist das diphtherische Ulkus von stecknadelkopf- bis 5 M-Stück-Größe; ohne Tendenz zum raschen Fortschreiten. Die klinischen Allgemeinerscheinungen sind meist gering; Rezidive kommen vor, Hautbazillenträger wurden 10 Mal festgestellt. Die chronischen Reizerscheinungen der Haut bei Skrofulose und exsudativer Diathese sind prädisponierend. Auch diphtherisches Panaritium bzw. Phlegmone (ohne Eiter) kamen zur Beobachtung. Prognose gut, Therapie 2000 I. E., Salben mit Alum. acid. und Hg. praecip. alb.

Krakauer (Breslau).

Frank, Hermann. Über Erysipeloid und seine Behandlung. Deutsche med. Woch. Nr. 39. 1917.

Das Erysipeloid ist eine entzündliche Cladothrixinfektion, die durch das Eindringen von in Zersetzung begriffenen Küchenstoffen in verletzte Haut entsteht und nach Franks Beobachtungen häufig epidemisch auftritt. Zur Behandlung empfiehlt sich neben einfachen Karbol-Sublimatumschlägen,





Vaselin, Alkohol, Ichthyol etc. besonders das tägliche Aufstreichen der hierbei spezifisch wirkenden 10% Jodtinktur, deren kupierender Einfluß für die Diagnose des Erysipeloid direkt maßgeblich erschien. Max Joseph (Berlin).

Gaugele. Zur Behandlung der Wundrose. Deutsche med. Woch. Nr. 15. 1917.

Zur Heilung der bei Kriegsverwundeten häufiger auftretenden Wundrose macht Gaugele auf ein altes Mittel aufmerksam, die Ätzung mit Höllenstein. Die flammende Röte muß, sobald sie entsteht, mit dem scharfen feuchten Höllensteinstift umfahren werden. bis eine Abhebung der Haut zu erwarten ist. Die Haut innerhalb dieses Kreises wird mit 20—30% Höllensteinlösung dicht bepinselt. Neu durchschimmernde Röte oder sich rötende Stellen in dem vielleicht nicht weit oder dicht genug gezogenen Kreise müssen täglich neu bepinselt werden. Die unangenehme Schwarzfärbung verschwindet nach einigen Wochen. Verf. sah von dieser Behandlung schnelle und gute Erfolge.

Max Joseph (Berlin).

Enderle, W. Ein Beitrag zur Kenntnis des latenten Erysipels. Med. Klinik. 1916. Nr. 14.

Ein Fall, der am sechsten Krankheitstag mit Anzeichen einer noch latenten Infektionskrankheit in Behandlung kam, zeigte am 12. Tage Auftreten eines typischen Erysipels. Es handelte sich um ein zuerst von A. Schlesinger beschriebenes Krankheitsbild (latentes Erysipel), das durch außerordentlich lange Inkubationszeit, ein langes Verweilen in der Tiefe, hohe Temperaturen und im vorliegenden Fall unbestimmten lokalen Schmerz in der Tiefe und starke Albuminurie gekennzeichnet ist.

Hugo Hecht (Prag).

Keppler, Wilhelm. Über Erysipelbehandlung mit Jodtinktur. Med. Klinik. 1916. Nr. 53.

Ein energischer Anstrich des gesamten erysipelatösen Gebietes und seiner weiteren Umgebung mit 10% Jodtinktur ist oft im stande, dem Prozeß Einhalt zu gebieten. Im Bedarfsfalle ist die Pinselung tags darauf nochmals zu wiederholen. Auch prophylaktisch scheint der Jodtinkturaufstrich beim Verbandwechsel Gutes zur Vermeidung von Erysipelen zu leisten. Hugo Hecht (Prag).

Fischer, C. Ansteckende Halsentzündung mit Hautausschlag. Korrespondenzblatt f. Schweizer Ärzte. 1917. Nr. 14. p. 437.

In einer Ferienkolonie von tuberkuloseverdächtigen und z. T. auch tuberkulosekranken Kindern von 5—13 J. beobachtete Fischer eine kleine Epidemie von Halsent-





zündung. Die Epidemie umfaßt 12 Fälle und zeichnet sich durch Fieber, Halsschmerzen, Rötung und z. T. meanderartigen Belag der Tonsillen aus. Beim Verschwinden des Fiebers, das ziemlich hoch bis über 39° steigen konnte, trat bei 4 Fällen ein Exanthem auf, das z. T. fleckig war, z. T. aus flachen Erhebungen bestand. Die Effloreszenzen flossen manchmal zusammen. Subjektiv keine Beschwerden. In wenigen Tagen vollständiges Verschwinden des Exanthems ohne Spuren zu hinterlassen. Nach Verf. handelt es sich dabei um ein toxisches Exanthem einer infektiösen Angina. Die Krankheit war in 3—6 Tagen geheilt, ohne den Lungenbefund zu beeinflussen.

Max Winkler (Luzern).

Koch, Wilhelm. Ein Fall von Staphylokokkensepsis mit eigenartigen Hautveränderungen („Blutblasen"), Leukopenie und lymphozytärem Blutbilde. Med. Klinik. 1916. Nr. 19.

Ein 41 Jahre alter Mann erkrankte unter hohem Fieber, Leukopenie, Benommenheit; es traten in Kürze Ulzerationen der Rachenschleimhaut und Blutblasen an der Haut auf, die geschwürig zerfielen. Im Blutbild fehlten die neutrophilen und eosinophilen Leukozyten gänzlich, Blutplättchen waren nur spärlich vorhanden, dagegen lauter typische Lymphozyten. Als Ursache dieser tödlich verlaufenden Erkrankung konnte eine Staphylokokkensepsis festgestellt werden. Hugo Hecht (Prag).

Koch, Jos. Zur Übertragung des europäischen Rückfallfiebers (Febris recurrens) durch die Kleiderlaus. Deutsche med. Woch. Nr. 34. 1917.

Die Übertragung des Rückfallfiebers erfolgt durch blutsaugende Insekten. Neben Wanzen, vielleicht auch Flöhen, vermutete Koch in den Kleiderläusen das hauptsächlichste Wirtstier der Obermeierschen Spirochäten und es gelang ihm, bei rumänischen Gefangenen in deren Läusen diese typischen Mikroorganismen nachzuweisen. Während die Läuse von an Rückfallfieber Kranken oder Krankheitsverdächtigen reichliche Spirochäten beherbergten, fanden diese sich nicht oder nur ganz vereinzelt bei den Läusen gesunder Personen. Die Spirochäten erschienen in der Laus in dreierlei Formen: als einzelne Spiralen, in Zöpfen und Nestern und als Knäule und Konvolute. Ihre Zahl und Anordnung ließen auf ihre Vermehrung in der Laus schließen, so daß diese die gefährlichste Überträgerin des Rückfallfiebers darstellt und ein verlauster, fiebernder Rekurrenspatient eine große Gefahr für alle Kranken und Wärter




des gleichen Lazaretts bedeutet. Die Abwehr der Läuse ist somit die beste Prophylaxe des Febris recurrens.

Im Gegensatz zu Koch, der im Stich der Laus das infizierende Moment sieht, nimmt Töpfer an, daß die Übertragung durch Zerquetschen der Läuse und Verreiben der Spirochäten in die vom Kratzen wunde Haut erfolge.

Max Joseph (Berlin).

Reinhard, Ad. **Über Venenveränderungen und Blutungen im Unterhautfettgewebe bei Fleckfieber.** Zentralbl. f. allgem. Pathol. u. pathol. Anatomie. Bd. XXVIII. Nr. 3. p. 593.

Nach den Untersuchungen von R. finden sich beim Fleckfieber pathologische Gefäßveränderungen nicht nur an den kleinen Arterien, sondern — allerdings anscheinend viel seltener — auch an den Venen. In den von R. untersuchten Fällen waren ganz besonders die kleinen und kleinsten Venenästchen des durchbluteten subkutanen Fettgewebes der Beine beteiligt und zwar analog den Veränderungen an den Arteriolen, in kleinen, zirkumskripten, knötchenartigen Bezirken. Die Schädigung betraf hauptsächlich das Endothel. Sigismund Bochyński (Würzburg).

Sterling (Warschau). **Die Stauungsreaktion als differential-diagnostisches Hilfssymptom beim Fleckfieber.** Beitr. z. Klinik d. Infektionskrankh. u. z. Immunitätsforschung. Bd. VI. Heft 1 u. 2.

Verf. weist auf den großen Nutzen der Stauungsreaktion für die Differentialdiagnose des Fleckfiebers hin. Er unterbindet mit einer Gummibinde den Arm oberhalb des Ellenbogengelenks, so daß man, noch immer den Puls fühlend, eine venöse Stauung hervorruft. Nach 15—30 Minuten wird die Binde abgenommen, der Arm nach oben gehoben. Im positiven Falle treten besonders an den Beugeseiten mehr oder weniger zahlreiche Petechien auf. Wenn bereits Roseolen am Unterarm vorhanden waren, so treten die Petechien innerhalb der Roseolen auf. Die Petechien können bis $^1/_2$ Stunde nach Abnehmen der Binde auftreten.

Die Stauungsreaktion tritt um einen Tag oder mehr vor dem allgemeinen Ausschlag auf und ist im positiven Falle als spezifisches differentialdiagnostisches Hilfsmittel zu verwerten. Die Reaktion ergibt positive Ergebnisse unabhängig vom Alter des Kranken.

A. Sommer (Breslau).

Neukirch und *Zlocisti.* **Epidemiologische und klinische Erfahrungen bei Fleckfieber in Ostanatolien.** Med. Klinik. 1916. Nr. 10.

„Das Fleckfieber ist in erster Linie eine Hirnerkran-



kung.“ Es kommt bei vielen Fällen zu starken Erregungen, ängstlichen Vorstellungen, Halluzinationen, auf die ein soporöser Zustand folgen kann. In diesem Stadium treten Symptome von Seiten der Medulla oblongata hinzu: solche mit besonderer Beteiligung des Atemzentrums und die häufigeren, bei denen der Tod durch Lähmung des vasomotorischen Zentrums eintritt. Die übrigen Abschnitte über Klinik und Therapie bringen nichts neues.

Hugo Hecht (Prag).

Schürer v. Waldheim. Noch einmal die Blutknötchenkrankheit. Med. Klinik. 1916. Nr. 10.

Das Auftreten hämorrhagischer Knötchen unter Verfärbung und Brust- und Gliederschmerzen, wie sie W. bei an Flecktyphus erkrankten Serben beobachtet hatte, konnte er auch an 14 kranken Russen sehen; doch hatten von diesen nur einige Flecktyphus, die meisten hatten Bauchtyphus und Rotlauf durchgemacht. Einige davon hatten leichten Skorbut. Es handelt sich also um nahe verwandte Zustände. Reichliche Darreichung von Obst, Gemüse, Phosphor und Zitronensäure führten rasch zur Heilung.

Hugo Hecht (Prag).

Cernik, L. F. Toxisches Exanthem im Verlaufe eines Typhus abdominalis. Med. Klinik. 1916. Nr. 20.

Am 12. Krankheitstage traten zuerst am Bauche, dann an der Innenseite beider Oberschenkel ein- bis fünfkronenstückgroße. kreisrunde Flecke mit wallartig erhabenem, zartrosa gefärbtem Rand auf. Später konfluierten sie und wurden handtellergroß; die Begrenzung war immer bogenförmig. Im weitern Krankheitsverlaufe kam es an beiden Unterkieferästen symmetrisch zu Periostitiden mit nachfolgender Nekrose und Exitus. Die Entstehung des Exanthems läßt sich (nach Fränkel) als Bakterienmetastasen in die Hautlymphgefäße mit reaktiver Entzündung der benachbarten Hautkapillaren auffassen.

Hugo Hecht (Prag).

v. Torday, A. Bemerkungen über Flecktyphus. Med. Klinik. 1916. Nr. 9.

Bei Fällen mit tödlichem Verlauf dauert die Krankheit bloß drei bis vier Tage; hiebei erscheint das Exanthem bereits, wenn die Temperatur noch normal ist. Meist aber tritt der Ausschlag am vierten bis sechsten Tag auf; man sieht dann lebhaft rote Flecke, die anfangs auf Druck blaß werden und über den ganzen Körper verbreitet sind. Bei dunkelpigmentierten Leuten ist es manchmal schwer, den Ausschlag zu sehen. Es können inmitten der Fleckchen kleine Blutungen auftreten, wodurch bräunliche Pig-



mentationen entstehen. Das Gesicht ist niemals vom Ausschlag befallen. Manchmal fehlt das Exanthem ganz. Infolge dieser unbestimmten Verhältnisse ist es unmöglich, aus dem Exanthem allein die Diagnose Flecktyphus zu stellen.

Hugo Hecht (Prag).

Heymann, Bruno. Beiträge zur Frage von der Beteiligung der Kopflaus an der Fleckfieber-Verbreitung. Med. Klinik. 1916, Nr. 18, 19.

Trotz verschiedener Untersuchungen ist diese Frage nicht einwandsfrei gelöst. H. neigt zur Anschauung, daß die Kopflaus keine bedeutende Rolle bei der Verbreitung des Fleckfiebers trägt. Hugo Hecht (Prag).

Wolff, Bruno. Klinische und pathologisch-anatomische Beobachtungen beim Fleckfieber. Beiträge zur Klinik der Infektionskrankheiten und zur Immunitätsforschung. Bd. V. Heft 1. p. 1.

Gesammelte Erfahrungen zur Erweiterung der Kenntnis des Fleckfiebers unter besonderer Berücksichtigung von statistischen Angaben, Temperatur- und Pulskurven, Blutuntersuchungen, Auftreten von Gangrän und Ödemen, Therapie und Obduktionsbefunden.

H. Hamburger (Breslau).

Tomarkin, E. und *Suarez*, P. Präzipitation und Thermopräzipitation bei Vakzine. Zeitschrift für Immunitätsf. u. exp. Ther. Bd. XXVI. H. 4.

Im Blute von vakzinierten Menschen und vakzinierten Kühen und Kaninchen finden sich spezifische Präzipitine. Der Nachweis der spezifischen Präzipitine gelingt am sichersten vermittels der Methode der Thermopräzipitation, namentlich in Fällen, wo die Präzipitinbildung nur gering ist. Die Präzipitationsreaktion scheint um so stärker aufzutreten und um so länger anzuhalten, je ausgiebiger die vorausgegangene Impfung war. Die Thermopräzipitation kann in zweifelhaften Fällen von Variola als differentialdiagnostisches Mittel benutzt werden.

Marg. Stern (Breslau).

Bürger, Max. Beobachtungen über kutane Reaktionserscheinungen bei Schutzgeimpften. Zeitschr. f. Immunitätsf. Bd. XXV. H. 2.

Die Beobachtungen des Verf. auf Grund von 300 Schutzimpfungen an gesunden Mannschaften haben gezeigt, daß der Eintritt der Immunität den durch die Reinjektion des Antigens hervorgerufenen Entzündungsprozeß modifiziert. Die Erscheinung läßt sich nur unter bestimmten Kautelen deutlich machen, da die Reaktionsintensität abhängig ist von der Zusammensetzung des Antigens und von konstitu-



tionellen Eigentümlichkeiten des betreffenden Individuums. Bei einer Reihe von Personen wurden bei wiederholten Impfungen die Entzündungserscheinungen nach Ablauf eines Intervalls von 10 Tagen in der Richtung modifiziert, daß die Injektion größerer Antigenmengen mit geringeren Entzündungserscheinungen beantwortet wurden. Vorbehandelte Hautstellen reagieren unter sonst gleichen Bedingungen seltener und rascher als unvorbehandelte. Das beobachtete allergische Verhalten des Gewebes ist nicht zu deuten im Sinne einer lokalen Immunisierung. Eine praktische Bedeutung muß den Erscheinungen in dem Sinne abgesprochen werden, daß man aus der Art des Entzündungsablaufs nach der Reinjektion auf eingetretene oder wieder erloschene Immunität schließen kann. Marg. Stern (Breslau).

Tièche. Ein weiterer Beitrag zur Differentialdiagnose von Variola und Varizellen mit Hilfe der kutanen Allergie. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte. 1918. Nr. 1. p. 14.

Tièche macht zunächst auf einige klinische, differentialdiagnostisch wichtige Merkmale der Variola und der Varizellen aufmerksam. Eine gleichmäßige Verteilung des Exanthems auf Gesicht, Brust und Abdomen spricht nach Verf. für Varizellen, während das starke Befallensein des Gesichtes und relatives Freibleiben des Rumpfes für Variola spreche. Bei Variola verlaufe das Exanthem mehr zentrifugal, bei Varizellen zentripetal, so daß die Hände und Füße bei den letzteren fast nie betroffen seien. Variolaeffloreszenzen sollen fast immer rundliche Konturen aufweisen, während die Varizellen-Effloreszenzen mehr rosettenartige Formen zeigen. Endlich soll das „grattage méthodique" nach Brocq auch differentialdiagnostisch verwertet werden können, indem die Variolaläsionen sich nur schwierig in toto wegheben lassen, während die Varizellenbläschen mit Leichtigkeit mit dem scharfen Löffel zu beseitigen seien. Wo ein Druck besteht, wie am Rücken und anderen Körperstellen, trete das Variolaexanthem stärker hervor.

Verf. zitiert zum Schlusse eine Anzahl von Beispielen, mit denen er neuerdings die praktische Bedeutung der allergischen kutanen Reaktion darzustellen sich bemüht. In keinem Falle soll die allergische Haut des Autors auf Varizellen reagiert haben, während die Vakzine stets ein deutlich positives Resultat ergab.

Max Winkler (Luzern).

Hallenberger. Beitrag zur Ätiologie der Variola. Zentralbl. f. Bakt. Bd. LXXX. p. 89.



Hallenberg konnte durch ausgedehnte Untersuchungen die Befunde von Prowazek, Paschen u. a. bestätigen und hält, im Gegensatz zu Huntemüller, die Paschenschen Körperchen für die Pockenerreger.

Walther Pick (Wien).

Stühmer, A. Ausgedehnte Impfpockenaussaat unmittelbar nach erfolgloser Wiederimpfung. Medizinische Klinik. 1917. Nr. 16.

Bei einem Wiedergeimpften gehen die 4 Impfstriche am linken Oberarm nicht an. Gleichwohl gelingt die Aussaat des Impfstoffes an einer anderen Hautstelle durch Übertragung beim Kratzen. Die Impfpocken gehen hier in großer Zahl an. Praktisch ergibt sich die Notwendigkeit, bei Wiederimpfungen durch Wechsel der Impfstellen solchen immunisierten Hautbezirken auszuweichen. Anderenfalls wird unter Umständen durch eine nur lokale Unempfänglichkeit die allgemeine Immunität vorgetäuscht.

Viktor Bandler (Prag).

Dold, H. Periodisches Auftreten der Pocken in Shanghai. Zeitschr. f. Hygiene u. Infektionskrankh. Bd. LXXX. H. 3. Oktober 1915. p. 467.

Statistisch-demographische Mitteilungen über die in Schanghai endemischen Pocken gipfeln in folgender Zusammenfassung:

Die Krankheit zeigt eine periodische Jahresbewegung. Morbidität und Mortalität sind am höchsten in den Wintermonaten Dezember, Januar, Februar, sinken dann bis zum Spätherbst ab, um von September ab wieder anzusteigen. Ursächlich kommt hierfür in Betracht:

1. das engere Zusammenleben im Winter
2. gesteigerte Empfänglichkeit im Winter für alle durch die Luft übertragenen Krankheiten;
3. die Einwirkung des Sonnenlichts auf den Erreger.

Krakauer (Breslau).

Willner, Fritz. Zur Lokalisation der Variola. Med. Klinik. 1916. 1050.

Das Auftreten von typischen Effloreszenzen am Innenblatte der Vorhaut zu einer Zeit, da am übrigen Körper das Exanthem in seinen ersten Anfängen war, kann diagnostisch von großer Bedeutung werden. In ihrer Entwicklung eilen sie denen des Körpers beträchtlich voran. Es wurden 8 solche Fälle beobachtet.

Hugo Hecht (Prag).



Geschlechtskrankheiten.

Syphilis. — Allgemeines, Experimentelles, Diagnostik.

Gans, Oscar. Die Ansteckungsquellen der geschlechtskranken Heeresangehörigen während des Krieges. Deutsche med. Woch. Nr. 1. 1918.

Die mit großer psychologischer Geschicklichkeit angestellten Nachforschungen von Gans ergaben, daß die meisten (86%) der geschlechtlichen Ansteckungen in Heimat und Garnison sowie beim Besatzungsheere erfolgten, nur ein geringer Bruchteil, etwa 14%, im Felde. Die Berufsarten der infizierenden Frauen waren nach der Häufigkeitsskala Kellnerinnen, Dienstmädchen, Straßendirnen, Ladenmädchen, Bordelldirnen, Fabriksarbeiterinnen, eigene Ehefrauen, Bürgerstöchter, Kriegerfrauen, nur vereinzelt Geschäftsfräuleins, Näherinnen, Wäscherinnen, landwirtschaftliche Arbeiterinnen, Straßenbahnschaffnerinnen, Krankenschwestern, Künstlerinnen und Telephonistinnen. Von 1000 Patienten litten 740 an Gonorrhoe und 260 an Syphilis. Verf. hält unter den hier geschilderten Verhältnissen die Isolierung geschlechtskranker Frauen für unmöglich und rät dringend zur persönlichen Prophylaxe.

Max Joseph (Berlin).

Tjaden. Prostitution und Bevölkerungspolitik. Deutsche med. Woch. Nr. 35. 1917.

Tjaden bespricht die Schäden der Prostitution auf sittlichem, wirtschaftlichem und gesundheitlichem Gebiet. Enthaltung vom Alkohol, frühzeitiger Eheschluß, soziale und wirtschaftliche Maßnahmen zum Schutze der weiblichen Jugend bilden gute Schutzmittel gegen Geschlechtskrankheiten. Verf. erwägt das Für und Wider der polizeilichen Überwachung. Rücksichtslos müsse jedenfalls das Animierkneipenwesen bekämpft werden. Auch bei der Straßenprostitution ist die polizeiliche Einmischung unentbehrlich. Die kasernierte Prostitution scheint dem Verf. verhältnismäßig die wenigsten Schattenseiten zu bieten. Das Zuhältertum, der Anreiz vielleicht gar nicht zur Unzucht gewillter Männer auf der Straße, der Alkoholeinfluß, die



Verlockung anderer Mädchen etc. fallen hierbei fort. Die möglichst frühzeitige Behandlung und Heilung jeder Geschlechtskrankheit ist die beste Gewähr zu Verminderung der Verbreitung der Infektionen. Das kann in allen Volksschichten nicht dringend genug gepredigt werden.

Max Joseph (Berlin).

Fönss, Aage L. Die Prostitution während des Krieges. Ugeskrift for Läger. 1917. Nr. 36. p. 1479—1487. Nr. 37. p. 1522—1538.

Interessante Übersichtsartikel mit guter historischer Entwicklung der ganzen schwierigen Frage.

Harald Boas (Kopenhagen).

Menzer. 1. Zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Deutsche med. Woch. Nr. 29. 1917.

2. Entgegnung zu obenstehender Arbeit von Reiter. Ibid.

Während Menzer behauptet, die diagnostische Einspritzung von Gonokokkenvakzine zuerst im Jahre 1911 empfohlen zu haben, will Reiter schon 1910 die diagnostische Vakzineinjektion auf Grund klinischer Beobachtungen ausführlich hervorgehoben haben. Im übrigen verwirft Menzer eine Gonorrhoebehandlung, welche den Ausfluß rasch zu unterdrücken sucht, ohne tatsächlich die Gonokokken zu beseitigen. Bei der Behandlung der frischen Lues kombiniert er die Anwendung physikalischer Heilmethoden mit spezifischen Kuren.

Max Joseph (Berlin).

Zweig. Die Lazarettbehandlung der Geschlechtskrankheiten. Deutsche med. Wochenschrift. Nr. 47. 1916.

Bei dem engen Zusammenleben der Soldaten ist, im Gegensatz zu Zivilpatienten, eine Überweisung der syphilitisch Infizierten ins Lazarett zur Verhütung von weiteren Ansteckungen nach Zweigs Erfahrungen dringend geboten. Als Behandlungsmethode wurde die kombinierte Salvarsanquecksilberkur bevorzugt. Waren die Erscheinungen beseitigt, so folgte eine ambulante Behandlung, wenn der Kräftezustand des Patienten und die Lage seines Standortes es gestatteten. 6 Wochen nach Beendigung der Kur wurde eine Blutuntersuchung vorgenommen. Auch die Gonorrhoe verlangt im Kriege eine wesentlich andere Behandlung als im Zivilleben: Bettruhe, reichliche Flüssigkeitszufuhr, Santelöl zur Milderung der Reizerscheinungen, Injektionen von Albargin unter sorgfältiger Aufsicht der Wärter. Das neue Mittel Optochin bewährte sich nicht. Der entzündliche Ausfluß wurde durch Kaliumpermangan, Zinc. sulf. usw.

beseitigt, Epididymitis mit Gonokokkenvakzine erfolgreich behandelt. Anders liegt der Fall der chronischen Gonorrhoe, die oft mit nicht ganz beseitigtem Ausfluß, aber ohne jede Beschwerde, den Dienst des Patienten nicht behinderte. Das leicht übertragbare Ulcus molle wurde stets dem Lazarett überwiesen, wo es durch Ätzungen mit Acid. carbol. liquefact. bald zur Heilung kam.

Max Joseph (Berlin).

Lohnstein. Die deutsche Urologie im Weltkriege. (7. Folge.) Geschlechtskrankheiten. Zeitschrift für Urologie. 1917. Bd. XI. p. 149.

Sammelreferat über weitere Vorschläge zur Prophylaxe, Organisation von Fürsorgestellen und Behandlung von Geschlechtskrankheiten. Silberstein (Breslau).

Horn, M. Demobilisierung und Geschlechtskrankheiten. Wiener med. Woch. 1916. Nr. 47.

Horn schlägt auch schon anderweitig vorgebrachte Maßregeln bei der Demobilisierung vor. 1. Evidenzhaltung durch den Ersatzkader; 2. Meldung der venerischen Erkrankungen seitens aller Sanitätsanstalten; 3. Vorkehrungen für allg. bakteriologisch-serologische Untersuchungen bei venerischen Erkrankungen. Viktor Bandler (Prag).

Pick, Walther. Über Simulation von Geschlechtskrankheiten. Mediz. Klinik. 1917. Nr. 6.

Simulierte Geschlechtskrankheiten waren in der Friedenspraxis unbekannt, im Kriege ist die Zahl dieser künstlichen Erkrankungsfälle keine geringe, 5—7% sämtlicher von Pick beobachteter Fälle von Geschlechtskrankheiten. Am häufigsten kommt der künstliche Tripper vor; was zunächst Verdacht erweckt, ist das Sekret, das schneeweiß und von bröckliger Konsistenz ist. Die begleitenden Entzündungserscheinungen schwanken von einfacher Rötung bis zur Induration der Urethralmündung. Im Gegensatz zur diffusen Trübung der ersten Portion bei der rechten Gon. ant. findet man die erste Portion klar mit Bröckeln und Fäden. Das Sekret zeigt mikroskopisch einen kolossalen Gehalt an Fibrin. Zur Erzeugung des Katarrhs wird meist Seife verwendet, seltener Säuren, Laugen, Tabaksaft. Die Balanitis artific. zeigt den Charakter der Balanitis membranacea und wird häufig durch Kantharidenpflaster erzeugt. Das künstliche Ulcus molle wurde in 2 Fällen durch lösliche Quecksilbersalze enthaltende Seifen erzeugt. Die künstliche Initialsklerose stellt die schwerst erkennbare Simulation dar und ist recht häufig. In einem Falle wurde das Ätzgeschwür durch ein Gemenge von Natriumhydroxyd, Natriumkarbonat und Natriumchlorid erzeugt. Ebenso



kommt die künstlich durch Kantharidenpflaster erzeugte kondylomatöse Lues und die künstliche ulzeröse Lues vor. In den meisten Fällen, in welchen man Verdacht schöpft, ergibt die Leibesvisitation der Patienten, die Visitation des Gepäcks und des ganzen Zimmers oft ein positives Resultat. Die wichtigste Vorbedingung zur Entlarvung ist nach Pick, daß die Ärzte diese Erkrankungen auch richtig erkennen und zu deuten wissen.

Viktor Bandler (Prag).

Levin, Ernst. Wie viele Syphilitiker lassen sich ausreichend behandeln? Berliner klin. Woch. Nr. 28. 9./VII. 1917. p. 679.

850 Falle eigener Beobachtung und Behandlung werden statistisch gruppiert; 44·9% unterzogen sich 2 Kuren, 31·1% 3—4 Kuren; 23·7% machten 5 und mehr Kuren durch, letztere Gruppe stellte also die „ausreichend" Behandelten dar. Dabei verwendet Verf. zu einer Kur 0·5 bis 0·8 *g* Hg, aber nur 1·5 *g* Salvarsan. Über die Hälfte aller Behandelten kamen zu Wiederholungskuren nur bei manifesten Erscheinungen. Diese mit den jetzigen therapeutischen Erfordernissen in so starkem Widerspruch stehenden Ergebnisse werden vom Verf. z. T. den Ärzten — Kassenbetrieb — aufgebürdet. Denn die ihren Kranken sich sorgfältig widmenden Ärzte erzielten bessere Resultate. Verf. hält, eigentlich im Widerspruch mit seinen Zahlenangaben, die Einrichtung von Beratungsstellen für unnötig, da sie folgerichtig die Macht zur Zwangsbehandlung haben müßten, wenn sie ersprießlich arbeiten sollen. Er redet vielmehr einer besseren „Erziehung der Gesamtheit der Ärzte zur aufklärenden, beratenden und intensiver behandelnden Tätigkeit bei ihren Syphilitikern" das Wort, obwohl die eingangs erwähnten Zahlen seinem eigenen Material entnommen sind. Krakauer (Breslau).

Heller, Julius. Kritisches zur modernen Syphilislehre: Ist ein Einfluß der Verbesserung der Therapie auf die Zahl der durch Sektion nachgewiesenen Fälle von Aortenaneurysma in den letzten 55 Jahren nachweisbar? Berliner klin. Wochenschr. Nr. 11. 12./III. 1917. p. 259.

Eine Statistik, entstanden aus der Durchsicht der Sektionsprotokolle und Diagnosenbücher der Berliner Charité der Jahre 1859—70, verglichen mit denen der Jahre 1910—14 ergibt eine Steigerung der Aortenaneurysmen von 3·9 pro Mille auf 11 pro Mille; nach Ausschaltung der Kindersektionen lauten die Zahlen sogar 4·3 pro Mille zu 19·2 pro Mille. Dabei ist zweifellos der Prozentsatz der

Syphilitischen in der Bevölkerung in obigen Zeiträumen erheblich zurückgegangen. Also hat die Zahl der Aortenaneurysmen trotz Verbesserung der Diagnose, Therapie und ärztlichen Versorgung (Zunahme der Versicherten) zugenommen, selbst wenn in Betracht gezogen wird, daß ein erheblicher Teil der in letzter Zeit durch Sektion festgestellten Aortenaneurysmen auf Infektion in früheren Jahrzehnten zurückzuführen ist. Auf die Gründe dieser Erscheinung wird nicht eingegangen. Krakauer (Breslau).

Lesser, E. Der Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten. Berliner klininische Wochenschr. Nr. 13. 26./III. 1917. p. 301.

Im Vordergrunde des Kampfes haben die Maßregeln gegen die Prostitution zu stehen. Es müssen für die großen und größten Städte ärztliche Untersuchungs- und Behandlungsstellen geschaffen werden, die von der Polizei unabhängig sind. Befolgen Prostituierte die ihnen dort gegebenen Anordnungen, so sollen sie von der Sittenpolizei nicht inskribiert werden. Das wird viele Prostituierte den ärztlichen Anordnungen gefügig machen. Diese besondere Einrichtung für die Prostitution ohne Zusammenhang mit der Sittenpolizei soll auch bestehen bleiben nach Einrichtung der Beratungsstellen seitens der Landesversicherungsanstalten. Das Vorgehen der letzteren, so anerkennenswert es an und für sich ist, erweckt insofern Bedenken, als die Trennung zwischen beratendem und behandelndem Arzt einmal zeitraubender ist und zweitens Meinungsverschiedenheiten hinsichtlich der Behandlung zwischen beiden zur Folge haben kann. Wichtig ist auch, daß die Geheimhaltung, die unbedingt erforderlich ist, bei einer Behörde mit großer Registratur schwierig ist. Unbedingt ist aber an der jetzt bestehenden ärztlichen Schweigepflicht festzuhalten. Krakauer (Breslau).

Finger, E. Geschlechts- und Hautkrankheiten im Kriege. Med. Klinik. 1916. Nr. 23.

Die Zahl der Geschlechtskranken zeigt die erwartete Vermehrung. Alle Formen, auch die selteneren, sind häufig zu beobachten; besonders erwähnenswert ist die Balanitis erosiva et gangraenosa und die gemischten Schanker. Die Tripperbehandlung soll so bald als möglich mit Silbersalzen beginnen. Bei Komplikationen empfiehlt sich Anwendung von Gonokokkenvakzine. Bei der Behandlung der Syphilis ist Kombination von Hg und Salvarsan anzuraten. Besonders energisch sollte im primären Stadium behandelt werden, wenn möglich nach Exzision des Primäraffektes.

Von den Hautkrankheiten scheint der Lichen ruber



planus und das Quinckesche Ödem jetzt häufiger geworden zu sein. Daß im Heere die parasitären Hauterkrankungen in großer Menge auftreten, ist verständlich. Die große Zahl von Dekubitus, Phlegmonen, Erfrierungen bot Veranlassung, der Behandlung im kontinuierlichen Dauerbad mehr Aufmerksamkeit zu widmen. Die Erfolge sind zweifellos günstig. Hugo Hecht (Prag).

Mc Neil, H. L. **Syphilis bei Negern der Südstaaten.** The Journal of the American Medical Associat. 1916. September 30. p. 1001.

Mc Neil kommt in seinen Ausführungen zu folgenden Schlüssen: 1. Das Vorkommen einer syphilitischen Infektion unter anscheinend gesunden erwachsenen Negern in dieser Gegend variiert zwischen 25 und 30%. 2. Die Infektion ist meist erworben, da Kinder unter dem Pubertätsalter sehr viel seltener befallen sind. 3. Das Vorkommen der syphilitischen Infektion unter kranken Negern ist beträchtlich höher als unter den gesunden und beträgt durchschnittlich 40—50%. 4. Gewisse Krankheiten scheinen direkt mit einer früheren syphilitischen Infektion in Verbindung zu stehen, wie das sehr häufige Vorkommen positiver Wassermann-Reaktionen zeigt. Unter den Krankheiten, bei denen die Syphilis anscheinend nicht die einzige Ursache darzustellen scheint, ist die charakteristische Form der akuten und subakuten diffusen Nephritis zu erwähnen, welche eine der häufigsten Todesursachen unter den Negern darstellt. 5. Das Vorkommen von Syphilis bei Weißen von derselben sozialen Klasse als die Neger, scheint von dem der Neger nicht abzuweichen. Unter den besseren Klassen der Weißen ist das Vorkommen viel geringer und unter den besten Klassen gleich Null. 6. Syphilis ist zweifellos eine der Hauptursachen von Krankheit und Tod beim Neger, ebenso hoch und noch höher rangierend als Tuberkulose, Brightsche Krankheit und Pellagra, welches die drei anderen großen wesentlichen Ursachen von Tod und Siechtum beim Neger darstellen.

Fritz Juliusberg (Posen).

Merz, H. **Die dermatologisch-venerologische Abteilung der Etappen-Sanitäts-Anstalt Solothurn.** Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte. 1917. Nr. 4. p. 97.

Merz teilt seine Erfahrungen mit, die er als Leiter der dermatologischen Abteilung der E. S. A. Solothurn während eines Jahres gesammelt hat. Verf. konstatiert zunächst, daß auch in der Schweiz die venerischen Krankheiten seit Ausbruch des Weltkrieges eine Zunahme er-



fahren haben, wenn auch nicht in dem Maße, wie in den kriegführenden Ländern. Wenn wir etwas besser dastehen, so sei dies in erster Linie auf die geringere Infektionsgelegenheit zurückzuführen. Er verlangt eine energische Sanierung der Infektionsquellen. Jede Infektionsquelle müsse unschädlich gemacht werden entweder durch zwangsweise Einlieferung ins Spital oder zwangsweise private Behandlung. Daneben sei die weitere Aufklärung der Mannschaft dringend nötig. Auch die persönliche Prophylaxis sollte noch weiter ausgebaut werden.

Was die Behandlung der kranken Wehrleute betrifft, so wurden die Gonorrhoiker behalten, bis sie gonokokkenfrei waren, während die Luetiker eine kombinierte Kur durchzumachen hatten. Es wurden im ganzen im Minimum 3·3 Neosalvarsan und 12—16 Hg. sal.-Injektionen à 0·1 gegeben. Nach 3 Monaten mußte die Kur nochmals entweder in der Anstalt oder privat wiederholt werden.

In toto wurden 189 Luetiker und 722 Gonorrhoiker behandelt. Von den Luesfällen waren 82 dienstliche und 107 außerdienstliche Infektionen. Es befanden sich im I. Stadium 76, im II. Stadium 101 und im III. Stadium 12 Fälle. Von den 76 Primärfällen wiesen 6 extragenitale Sklerosen auf.

Von den 722 Gonorrhoikern hatten sich 357 dienstlich und 365 außerdienstlich infiziert. Behandelt wurde die Gonorrhoe zuerst mit Protargol, später mit Argentum proteinicum. Zuletzt ist dann vom Verf. hauptsächlich Syrgol verwendet worden, das sich ihm in allen Stadien der Gonorrhoe als sehr gutes Antigonorrhoikum erwiesen hat. Während die Infektion mit Lues hauptsächlich von den Städten ausging, wurde anscheinend die Gonorrhoe auch in sehr kleinen Ortschaften akquiriert.

Hautkrankheiten sollen in der Anstalt 1170 Fälle behandelt worden sein. Die Hauptrolle spielte die Skabies, die 546 Fälle betrifft, während die Pedikuli nur mit 143 Fällen vertreten waren. Von einer eigentlichen Kriegsdermatose wurde nichts beobachtet. Von den Pilzerkrankungen fehlten Favus und Mikrosporie vollkommen,

Max Winkler (Luzern).

Eicke und *Mascher*, W. Komplementschwund bei unbehandelter Spätsyphilis. Zeitschr. f. Immunitätsf. Bd. XXVI. H. 6.

Interessante Untersuchungen, die zu folgenden Feststellungen geführt haben:

Der völlige Komplementschwund im Serum tritt erst extra corpus auf. Frische Sera zeigen fast immer den glei-



chen Komplementgehalt Dem schon kurze Zeit nach der Blutentnahme beginnenden Komplementschwund kommt eine diagnostische Bedeutung zu, da dieses Phänomen sich überwiegend bei Lues findet und hier an eine zerebrale Affektion denken läßt. Komplementschwund findet sich am häufigsten bei alten, wenig oder gar nicht behandelten Luesfällen. Gleichzeitig ist meist die Wa.-Reaktion positiv und besonders hartnäckig. Einzelheiten, die als Richtschnur für weitere Forschungen dienen können, sind in der Originalarbeit nachzulesen. Marg. Stern (Breslau).

Kissmeyer, A. **Weitere Untersuchungen über Agglutininbildung bei Syphilitikern.** Deutsche med. Woch. Nr. 46. 1917.

Aus Kissmeyers eingehenden Versuchen erhellt, daß zur Zeit die Agglutination der Spirochaete pallida diagnostisch noch nicht zu verwerten sei. Die mühsame Reinzüchtung gelingt selten und die verschiedenen Stämme haben ungleiche Agglutinationsfähigkeit. Bei Verwendung von Patientensera ergaben die Stämme sehr gute Resultate.

Max Joseph (Berlin).

Berczeller, L. **Über die Organisation der Ausführung der Wassermannschen Reaktion.** Berl. klin. Woch. Nr. 45. 6./XI. 1917. p. 1081.

Verfs. „Mikromethode“ soll zu Massenuntersuchungen bei Materialersparnis dienen. Benutzt werden zugespitzte Reagenzröhrchen und besondere Stative, das Serum in je 10, das Antigen in je 9, das Komplement in je 5 Verdünnungen. Jedes Serum erfordert also 450 Reagenzgläschen! Es sind hierfür jedoch nur geringe Mengen Lösung, z. B. 1 *ccm* Meerschweinchenserum, erforderlich. So wurden die feinsten Hemmungen zur Kenntnis gebracht, wobei sich noch ergab (bei einem Vergleich mit 40 Seren), daß Rinderblutkörperchen feinere Differenzen anzeigen als Hammelblutkörperchen. Es fanden sich so auch bei Gesunden bzw. Nicht-Luetischen Hemmungen, die als „Nullpunkte“ der W.-R. zu gelten haben. Außerdem ergab sich, daß im Reizserum von Initialsklerosen früher Hemmungen auftreten können als im Blutserum. Krakauer (Breslau).

Sordelli, Alfredo und *Fischer*, Hermann. **Die Gerinnungsreaktion nach Klinger-Hirschfeld bei Syphilis.** Deutsche med. Woch. Nr. 11. 1917.

Sordelli und Fischer nahmen vergleichende Untersuchungen mit der Klinger-Hirschfeldschen und der Wassermannschen Serumprüfung bei 210 Syphilitikern und Nichtsyphilitikern vor. Beide Reaktionen ergaben bei den Syphilissera eine genaue Übereinstimmung. Da-



gegen waren bei 81 Leprasera die Ergebnisse sehr verschieden. Max Joseph (Berlin).

Halbey. **Die Torday-Wienersche Reaktion (Gold-Cyan-Aldehyd-Essigsäure-Reaktion) und ihre Bedeutung für die Diagnose der Syphilis.** Med. Klinik. 1917. Nr. 5.

Torday und Wiener haben eine neue Methode als Ersatz für die W.-R. angegeben, die auf der Erfahrung beruht, daß alle Blutsera durch Zugabe von einem Gold-Cyan-Aldehydgemische (zu 0·2 inakt. Serum 1·8 *ccm* einer Kalium-Aurum-Cyanatlösung, 0·1 *g* Kal.-Aurum-Cyan. in 20 *ccm* Aq. dest.) starke Niederschläge bilden, die sich, wenn es sich um nichtluetische Sera handelt, nach Zugabe von Essigsäure nicht wieder klären, während syphilitische Blutsera sich nach Zugabe von 2·0 *ccm* konz. Essigsäure klären oder aufhellen. Halbey hat diese Methode während seiner Kriegstätigkeit im Festungsspital Kiel-Witz nachgeprüft u. zw. an 180 Fällen. Bei den ersten Untersuchungsreihen erzielte der Autor eine Übereinstimmung mit der W.-R. in $66^2/_3\%$, bei weiteren Reihen in 80%, zuletzt in 82%, zahlreiche Fälle waren zweifelhaft geblieben, entgegengesetzte Resultate fanden sich in $15-20\%$. Die Deutung der Reaktion ist nicht immer ganz leicht und bedarf einer gewissen Übung. Die angegebenen Resultate regen zu weiteren Nachprüfungen der Methode an.

Viktor Bandler (Prag).

Kafka, V. und *Haas*, E. **Über die Veränderung der hämolytischen Komponenten, besonders des Komplements im Blutserum der Syphilitiker.** Med. Klinik. 1916. Nr. 50.

Mandelbaum kam auf Grund seiner Untersuchungen zur Ansicht, daß der Komplementgehalt im frischen, sofort nach der Gerinnung untersuchten Menschenserum stets der gleiche ist; Normalsera haben nach 24 Stunden — im Eisschrank — fast den gleichen Komplementgehalt wie früher, pathologische Sera aber haben ihr Komplement verloren. Zu letzteren gehören Wassermann-positive Luesfälle, die in 55% diese Erscheinung zeigen. K. und H. können dieses Verhalten nicht vollkommen bestätigen.

Hugo Hecht (Prag).

Bruhns. **Die Heranziehung der Wassermannschen Reaktion, Spinalpunktion und Kutanreaktion für die Behandlung der Spätsyphilis.** Med. Klinik. 1916. Nr. 11.

Bei Fällen mit zweifelhaften Erscheinungen von Spätsyphilis der Haut kann die W.-R. positiv sein; damit ist



natürlich noch keine Organdiagnose gestellt. Doch wird man jedenfalls behandeln. Bei negativer W.-R. kann dann manchmal noch die Kutanreaktion durch positiven Ausfall die Diagnose Syphilis stützen. Bei latenten Fällen ist ihre Bedeutung bezüglich einer Behandlung gering. Bei Symptomen von Seiten des Nervensystems weist Pupillenstarre mit fast absoluter Bestimmtheit auf eine syphilitische Erkrankung hin. Es muß das dann aber nicht immer ein frischer Prozeß sein, sondern kann ein Rest eines schon abgeklungenen Vorganges sein. Eine positive W.-R. spricht für eine vorzunehmende Behandlung. Ist aber die W.-R. negativ, dann muß die Spinalpunktion vorgenommen werden. Der positive Ausfall einer der 3 Reaktionen gibt die Indikation zur Behandlung. Im Spätstadium der Syphilis ohne klinische Erscheinungen ist die W.-R. am verwendbarsten. Bei positivem Ausfall ist eine Behandlung anzuraten, falls nicht kurz zuvor eine Kur durchgemacht wurde. Bei negativer W.-R. muß man in der Beurteilung sehr vorsichtig sein, da selbst nach jahrelangem negativen Befunde manchmal ein Umschlag erfolgen kann. Eine einmalige Untersuchung genügt also zur Berurteilung nicht. Die Spinalpunktion wäre bei jedem Patienten, der lange genug in Beobachtung stand, einmal am Schluß der Behandlung vorzunehmen. Ferner bei Fällen, die in der Spätlatenz dauernd positive W.-R. zeigen. Hugo Hecht (Prag).

Stümpke, G. Vorübergehende positive Wassermannreaktion bei Leistendrüsenentzündung und nichtsyphilitischen Ulzerationen. Medizin. Klinik. 1916. Nr. 6.

In zwei Fällen war die W.-R. zu Beginn des Krankenhausaufenthaltes negativ, dann positiv und schließlich wieder negativ. Bei dem einen handelt es sich um einen vereiterten Bubo, im anderen dagegen um Ulzerationen, die zahlreiche Spirochaetae refringentes aufwiesen. Es waren nicht komplette Hemmungen, die allein zur Luesdiagnose nicht zu verwenden sind. Im zweiten Fall betrug die Dauer der positiven Phase 19 Tage. Hugo Hecht (Prag).

Sonntag, Erich. Über die Brauchbarkeit der v. Dungerschen vereinfachten Methode der Wassermannschen Reaktion für die Syphilisdiagnostik. Med. Klinik. 1916. Nr. 52.

100 Sera wurden vergleichsweise nach Dungern und der Originalmethode untersucht. Dabei ergab sich in Übereinstimmung mit anderen Autoren, daß die Dungernsche Modifikation zwar ziemlich einfach ist, aber infolge zahlreicher Versager und vielen fraglichen Resultaten für die

Praxis nicht ohne weiteres empfohlen werden kann. Schon die Unmöglichkeit, Komplement mehrere Wochen hindurch einwandsfrei aufbewahren zu können, ist ein großer Nachteil. Hiezu kommt die Beobachtung, daß gewisse Fälle von nicht generalisierter, behandelter oder latenter Lues häufig nach Dungern negativ ausfallen, nach der Originalmethode positiv. Neben der Originalmethode angewendet mag sie vielleicht eine gewisse Berechtigung als Mittel zur schnellen Orientierung haben; aber es muß davor gewarnt werden, sie dem praktischen Arzte als vollkommen zuverlässig zu empfehlen. Hugo Hecht (Prag).

Kolmer, J. A., *Matsunami*, T. und *Broadwell*, S. Die Wirkung des Jodkaliums auf die Luetinreaktion. The Journal of the American Medical Association. 1916. September 2. p. 718.

Kolmer und seine Mitarbeiter kommen zu folgenden Ergebnissen: 1. Ausgesprochene positive Luetinreaktionen werden bei einer Gruppe gesunder nichtsyphilitischer Personen als Folge der Verabreichung von Jodkalium beobachtet. 2. Ähnliche Resultate beobachtet man bei nichtsyphilitischen Personen, die an verschiedenen anderen Krankheiten leiden. 3. Einigermaßen starke Reaktionen beobachtet man nach intrakutanen Einspritzungen von 0·1 *ccm* eines 0·5%igen Agar-Agars. 4. Die stärksten Reaktionen werden beobachtet, wenn man das Luetin unmittelbar während oder nach der Jodkaliaufnahme injiziert. 5. Positive Luetinreaktionen beobachtete man bei normalen nichtsyphilitischen Individuen bis einen Monat nach der Verabreichung großer Dosen von Jodkalium. 6. In einigen Fällen veranlaßte die Verabreichung von Jodkalium an der Stelle einer früheren Luetininjektion die Entwicklung entzündlicher Erscheinungen, die sich bis zur Pustulation steigerten. 7. Ähnliche, aber weniger ausgesprochene Reaktionen gegenüber Luetin und Agar wurden an Meerschweinchen und Kaninchen als Folge der Verabreichung von Jodkalium per os beobachtet. 8. Demzufolge hat eine positive Luetinreaktion zur Diagnose der Syphilis bei solchen Leuten wenig Wert, die Jodkalium einnehmen oder jüngst genommen haben. Die Menge des Jodsalzes, welches diese Reaktionen verursacht, variiert beträchtlich; dasselbe gilt bezüglich des Zeitraums, der nach der Jodzuführung verstrichen ist. Aus diesen Gründen sollten die Ärzte den möglichen Einfluß der Jodide in Betracht ziehen, wenn sie eine Luetinreaktion anstellen.

Fritz Juliusberg (Posen).

Pfeiler. Ergebnisse der Untersuchung von 100 mittels der K. H.-Reaktion (= Komplementab-



lenkung + Hämagglutination) zum Zwecke der Feststellung syphilitischer Infektionen geprüften Serumproben. Ztbl. f. Bakt. Bd. LXXIX. p. 62.

Die K. H.-Reaktion zeigte in 14 Fällen fast sicherer syphilitischer Infektion ein positives Resultat, während die Wassermannreaktion negativ war.

Walther Pick (Wien).

Leschly, W. Versuche über Konglutination. Zeitschr. f. Immunitätsf. Bd. XXV. H. 3.

Die Geschwindigkeit der Konglutination sowie die der Hämolyse wird vergrößert durch Vermehrung der Komplement- und Ambozeptormenge sowie auch der Konglutininmenge, durch Verminderung des Volumens, indem die Reaktion bei gleichem Volumen mit gleicher Geschwindigkeit verläuft und durch Herabminderung der Blutmenge. Die Konglutination verläuft schneller bei 37° als bei 16 bis 18° und schneller, wenn die Gläser in steter Bewegung gehalten werden. Der Ambozeptortiter ist von der verwendeten Menge Komplement und Konglutinin unabhängig. Der Komplementtiter und die Menge des Konglutinins sind von einander unabhängig. Für die Konglutination ist sowohl Albumin- als Globulinanteil erforderlich. Fraktionen verschiedener Sera können einander ersetzen. Schweineglobuline rufen allein Konglutination hervor.

Marg. Stern (Breslau).

Mayer, Hermann, Berlin. Zur Frage der Divergenz der Wassermann-Resultate. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 4. 28./I. 1918. p. 86.

Erwiderung auf die Freudenbergsche Arbeit in der gleichen Zeitschrift. Dessen „Bilanz" ist nach unrichtigen statistischen Grundsätzen aufgestellt. Richtige Gegenüberstellung ergibt, daß die Divergenzen im großen und ganzen zu den Ausnahmen gehören. M. gibt nie das Ergebnis „zweifelhaft"; aber die komplette Hemmung ist für Syphilis charakteristisch. Die von Freudenberg herausgefundenen Divergenzen beruhen zum großen Teil darauf, daß sich viele Untersucher nicht an die von W. vorgeschriebene Technik halten. W.s Feststellungen mahnen nur zur Vorsicht in der Auswahl des Untersuchers. Verwenden alle Untersucher luetische Leberextrakte, so werden Divergenzen nur bei älteren Primäraffekten oder behandelten Fällen eintreten. Sichere Fälle unbehandelter Lues (P.-A. ausgenommen) werden auch bei verschiedenen Untersuchern, gleiche Technik vorausgesetzt, stets positiv sein. Die Wassermannsche Reaktion ist nicht verbesserungsbedürftig.

Krakauer (Breslau).



Meinicke, E. Über Theorie und Methodik der serologischen Luesdiagnostik. Berl. klin. Woch. Nr. 4. 28./I. 1918. p. 83.

Zur Vereinfachung der Wa.-R. ersetzt M. das als Indikator dienende hämolytische System durch eine mittels Vorversuch austitrierte Kochsalzlösung. Diese erzeugt im Luesserum Ausflockungen kochsalzresistenterer Niederschläge als im Normalserum. Die Ablesung der Flockenniederschläge erfolgt wie bei Agglutination, am besten mit der Lupe. Mehr als 200 Untersuchungen zeigten sehr weitgehende Parallelität mit den Ergebnissen der Originalmethode. Auch hier zeigten aktive Sera häufig unspezifische positive Reaktionen, zu deren Vermeidung $^1/_4$stünd. Inaktivieren genügt. Abweichungen vom Ergebnis der Originalmethode kamen nur bei Grenzfällen vor.

Einzelheiten müssen im Original nachgelesen werden.

Krakauer (Breslau).

Hirsch, S. Über den Ausfall der Wassermannreaktion bei Malaria. Zeitschr. f. Hygiene und Infektionskrankheiten. Bd. LXXXIV. 2. Heft. p. 323. Nov. 1917.

Bei 44 schwersten Malaria-Tropika-Fällen ist W.-A.-R. 12 mal + (9 davon nach Chininkur, W.-R. —), 32 mal —.

Bei 6 Tropika-Tertianafällen ist Wa.-R. 4 mal +; 1 davon hat P.-A.; (davon 3 nach 3 Wochen Wa-R. —). 2 mal —.

Bei 28 Tertianafällen ist Wa.-R. 12 mal +; (7 nach 3 Wochen nachuntersucht ergaben in 5 Fällen Wa.-R. —). 16 mal —.

Zusammenfassung: Diese Beobachtungen sprechen dafür, daß der positive Ausfall der Wa.-R. nicht durch die Parasiten, das Fieber und die Beteiligung von Leber und Milz zu erklären ist. Auch kommt der Wa.-R. keine diagnostische und prognostische Bedeutung für die Malaria zu.

Krakauer (Breslau).

Siebert, Harald. Erfahrungen mit der Wassermannschen Reaktion in der neurologischen Praxis. Deutsche med. Woch. Nr. 17. 1917.

Siebert registriert mehrfache, verschiedenartige Beobachtungen über den Ausfall der Wa.-R. bei Lues cerebrospinalis, Tabes, progressiver Paralyse, Epilepsie, Hydrocephalus und konstitutioneller Syphilis. Bei genuiner Optikusatrophie ohne bulbäre oder spinale Störungen fiel die Reaktion im Blut negativ, in der Zerebrospinalflüssigkeit positiv aus. Bei 78 Fällen einwandfreier Paralyse fand sich stets ein scharf positives Resultat, doch ergab progressive Paralyse gelegentlich negative Blutreaktion; indessen läßt eine negative Wa.-R. eine Dementia paralytica



ausschließen. Den Zahlen bei Epilepsie kann für die Genese der betreffenden Fälle kein beweisender Wert beigemessen werden. Syphilitischer Hydrozephalus ergab stets positive Resultate. Die konstitutionellen Fälle umfaßten die verschiedensten Krankheitsbilder. In 7 Fällen positiver Liquorreaktion war auch die Wa.-R. positiv. Bei einem Herpes zoster zeigte die Zerebrospinalflüssigkeit positive Wa.-R., doch blieb es unsicher, ob nicht auch hier eine latente Syphilis zu Grunde lag. Max Joseph (Berlin).

Trinchese, Josef. Die positive Wassermannsche Reaktion als Zeichen der Infektiosität der Lues. Deutsche med. Woch. Nr. 2. 1917.

Auf Grund eingehender experimenteller Untersuchungen sowie zahlreicher klinischer Beobachtungen kommt Trinchese zu dem Schlusse, daß Syphiliskranke oder auf Syphilis verdächtige Patienten infektiös sind, wenn sie eine positive Wassermann-Reaktion zeigen. Infektiöse Individuen reagierten mit wenigen Ausnahmen positiv. Eine Ausnahme bilden die Metaluetiker, welche positiv reagieren und dennoch keine Infektion ausüben müssen.

Max Joseph (Berlin).

Sonntag, Erich. Zur Frage der Spezifität der Wassermannschen Reaktion: Tumor- und Narkosesera. Deutsche med. Woch. Nr. 51 u. 52. 1916.

Aus einer systematischen Prüfung von 125 Tumor- und 100 Narkosesera mittels Wa.-R. ersah Sonntag, daß diese Sera keinen unspezifischen Ausschlag ergaben, also die positive Wa.-R. auch hier Syphilis anzeige. Allerdings ist zur Erzielung eines exakten Resultats bei der Prüfung der Tumor- und Narkosesera die größte Sorgfalt in Bezug auf Titrierung, Wahl der Antigene und Komplemente, Dosierung der inaktiven Sera anzuwenden und die Probe bei unsicherer Beurteilung zu wiederholen. Bei den Tumorsera muß die Möglichkeit gleichzeitigen Bestehens von Syphilis und einem andersartigen Tumor in Betracht gezogen werden. Ein starker Ausfall würde für, ein schwacher gegen manifeste, nicht behandelte Syphilis sprechen. Nach dem Ergebnis der Wa.-R. bei Tumorsera scheint eine Kombination von Syphilis und malignen Tumoren nicht häufig vorzukommen. Bei Narkosesera kann eine Veränderung in serologischer Hinsicht eintreten. Max Joseph (Berlin).

Scheel, Viktor. Die Bedeutung der Wassermannschen Reaktion für die interne Klinik. Ugeskrift for Läger. 1917. Nr. 2. p. 43—49.

Verf. hebt die große Bedeutung der Wassermann-



schen Reaktion hervor. Sämtliche medizinischen Patienten wurden mittels der Seroreaktion untersucht

Harald Boas (Kopenhagen).

Fahr, Arne. Die Bedeutung der Wassermannschen Reaktion für die interne Klinik nebst syphilitischer Symptome bei Patienten mit positiver Wassermannscher Reaktion. Ugeskrift for Läger. 1917. Nr. 3. p. 49—62.

Verf. hebt in detaillierter und eingehender Darstellung die große Bedeutung der Wassermannschen Reaktion für die interne Klinik hervor.

Harald Boas (Kopenhagen).

von Wassermann, A. Zur Frage der Zuverlässigkeit der Wassermannschen Reaktion. Berl. klin. Wochenschr. 1917. Heft 5. p. 105.

In temperamentvoller Weise wehrt sich W. gegen die Angriffe, die, wie schon früher, so auch in letzter Zeit, wieder von Heller, Freudenberg und auch Saalfeld gegen die nach ihm benannte Reaktion ausgingen. Eine Reaktion, die seit 10 Jahren „die ersten Serologen und Bakteriologen unserer Zeit und aller Länder" anwenden und sämtliche Kliniker der Welt in ihren Krankenhäusern eingeführt haben! Deren Prinzip, das der Komplementbindung nach Bordet-Gengou, sich auch beim Pferderotz so bewährt hat, daß sie hier staatlich angeordnet wurde. Die angeführte Verschiedenheit der Untersuchungsergebnisse wird darauf zurückgeführt, daß die Untersucher nicht nach den von W. angegebenen Vorschriften gearbeitet haben. Den Beweis, daß hierin der Grund liegt, hat W. auf folgende Weise angetreten: 50 ihm gänzlich unbekannte Sera wurden von Bickel halbiert und gleichzeitig, ohne nähere Angaben, nur durch Numerierung kenntlich, sowohl an W. wie an die Kaiser Wilhelms-Akademie gesandt, in deren Laboratorium genau nach W.s Angaben gearbeitet wird. Das Ergebnis war: 48 Befunde stimmten völlig überein; 2 Sera wurden im W.schen Institut als zweifelhaft angesprochen, in der Kaiser Wilhelms-Akademie dagegen als + bzw. —. In der Tat ein glänzendes Ergebnis, dessen geringe Abweichungen innerhalb der allgemein-menschlichen Fehlerquellen liegen.

Also auf die gleichmäßige Durchführung, auf Verwendung gleichmäßig eingestellter Reagentien kommt es an, ein Ziel, das durch zweckmäßige Organisation (staatliche Kontrolle!) sehr wohl erreichbar ist.

Krakauer (Breslau).



Freudenberg, A. Zur Zuverlässigkeit der Wassermannschen Reaktion bei Syphilis. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 13. 26./III. 1917. p. 303.

Freudenberg bemängelt in dieser als Erwiderung auf W.s in Nr. 5 der gleichen Zeitschrift erschienenen Artikel geschriebenen Arbeit, daß zu oft vom Untersucher anstatt des Resultates ± oder „zweifelhaft" eine bestimmte Entscheidung gefällt wird; auch von solchen, die aus W.s direktester Schule hervorgegangen sind. Die Erfahrung lehrt, daß gerade bei klinisch unklaren Fällen auch serologisch die meisten zweifelhaften Untersuchungsergebnisse auftreten. Wenn W. behauptet, daß die Unstimmigkeiten zwischen verschiedenen Untersuchern des gleichen Serums ihrer nicht zureichenden Arbeitsweise zur Last zu legen sind, so muß dem entgegengehalten werden, daß ungleiche Befunde auch bei W.s eigensten Schülern vorkommen. Ist es aber wahr, daß „90% die W.-R. nicht beherrschen" und „das auch immer so bleiben" wird, so stellt das eine herbe Kritik der Benutzbarkeit der Reaktion dar. Zweifellos kommt es viel auf die Valeur der verwandten Extrakte an; dasselbe Serum ergibt häufig mit einem Extrakt Hemmung, mit einem anderen Hämolyse. Gerade die Gewissenhaften arbeiten immer mit mehreren Extrakten; es müßten neue Vereinbarungen darüber getroffen werden, wie die Gesamtentscheidung schließlich gefällt wird. Fr. bleibt bei seiner schon früher ausgesprochenen Mahnung zur Vorsicht bei der diagnostischen Verwertung und auch bei der Benutzung als Regulator der Luestherapie. Krakauer (Breslau).

Heller, Julius. Zur Frage der Zuverlässigkeit der Wassermannschen Reaktion. Berliner klin. Wochenschr. Nr. 13. 26./III. 1917. p. 306.

Ebenfalls eine Erwiderung auf W.s Arbeit aus Nr. 5. Nach wie vor hat H. die Erfahrung gemacht, daß in einer erheblichen Anzahl (13, 18, ja 25—39% der Fälle) Untersuchungen verschiedene Institute allerbesten Rufes verschiedene Diagnosen desselben Serums lieferten; bis in die allerletzte Zeit. Die von W. schon 1910 verheißene Organisation und Vermeidung dieses Mißstandes ist noch nicht verwirklicht. Krakauer (Breslau).

Neufeld, Ludwig. Über die Reaktion des kolloidalen Goldes mit normalen und pathologischen Flüssigkeiten. Zeitschrift f. Immunitätsf. u. exp. Ther. Bd. XXVI. H. 4.

Das Goldsol ist ein außerordentlich feines Reagens zum Nachweis einiger Fermente. (Trypsin, Pepsin, Thrombin, autolytisches Ferment.) Die C. Langesche Gold-



reaktion ist als eine Thrombin-Antithrombinreaktion aufzufassen. Unter pathologischen Verhältnissen tritt Ferment und Antiferment in den Liquor cerebrospinalis und in den Harn über. Marg. Stern (Breslau).

Georgi, W. und *Seitz*, A. Über die immunisatorische Erzeugung und Bindung hämolytischer Ambozeptoren durch die Organe des Meerschweinchens. Zeitschr. f. Immunitätsf. Bd. XXVI. H. 5.

Die Bildung von Hammelblutambozeptoren nach Vorbehandlung von Kaninchen mit Meerschweinchenorganen entspricht einem echten Immunisierungsprozeß. Die Steigerung des Antikörpergehaltes betrifft einseitig den Hammelblutambozeptor und erreicht nicht selten außerordentlich hohe Werte. Während man den Meerschweinchenorganen hiernach eine starke Rezeptorfunktion zuschreiben muß, fehlt dieselbe den Kaninchenorganen ganz oder ist nur minimal vorhanden. Marg. Stern (Breslau).

Sachs, H. Über den Einfluß der Cholesterinierung auf die Empfindlichkeit der Organextrakte bei der Wassermannschen Reaktion. Zeitschr. f. Immunitätsf. Bd. XXVI. H. 5.

Durch Cholesterinzusatz wird die Empfindlichkeit der Organextrakte verstärkt. Cholesterinierte Extrakte reagieren nicht nur in geringeren Dosen, sondern auch mit geringeren Serummengen positiv, als uncholesterinierte Extrakte. Der günstigste Cholesterinzusatz ist durch Versuche zu erproben. Ein einfaches Mischungsverhältnis läßt sich nicht ohne weiteres angeben. Der Cholesteringehalt darf nicht über die Grenzen der charakteristischen Reaktionsfähigkeit hinausgehen. Unter Umständen kann schon der rohe Extrakt den günstigsten Bedingungen entsprechen. Der Cholesterinzusatz muß nicht für jedes Serum eine Verbesserung bedeuten; die günstigste Zusammensetzung des Extraktes kann unter Umständen variieren. Marg. Stern (Breslau).

Sachs, H. und *Altmann*, K. Über den Einfluß von Temperatur und Reaktion des Mediums auf die Serodiagnostik der Syphilis. Zeitschr. f. Immunitätsf. Bd. XXVI. H. 5.

Die Wassermannsche Reaktion kann sowohl durch alkalische als auch durch saure Reaktion des Mediums aufgehoben werden. Die Aufhebung der Wassermannschen Reaktion durch Säure gelingt in der Kälte leichter als in der Wärme. Jedenfalls ist es in geeigneten Fällen möglich. die Bedingungen durch Veränderung der Reaktion des Mediums für ein und dasselbe Serum willkürlich so



zu gestalten, daß es entweder nur bzw. stärker in der Kälte oder nur bzw. stärker in der Wärme reagiert.

Marg. Stern (Breslau).

Nathan, Ernst. Beiträge zur Kenntnis der Inaktivierbarkeit des Meerschweinchenkomplements und ihrer Abhängigkeit von der Serumbeschaffenheit. Zeitschr. f. Immunitätsf. Bd. XXVI. H. 5.

Als Referat für diese Zeitschrift nicht geeignet.

Marg. Stern (Breslau).

Lange, Carl. Die Lebensdauer der für die Wassermannsche Reaktion benötigten Reagentien. Zeitschr. f. Immunitätsf. Bd. XXVI. H. 4.

Bei der Originaltechnik der Wassermannschen Reaktion ist nur für das Hämolysin und den Luesleberextrakt eine regelmäßige Konservierung vorgesehen. Einzelheiten darüber sind im Original nachzulesen. Die 3 übrigen Reagentien: Hammelblut, Komplement und Patientenserum sollen nur innerhalb 24 Stunden nach der Gewinnung verwendet werden. Verf. hat die Vorschriften und Bedingungen, unter denen diese 3 Reagentien über diese Zeit hinaus konserviert werden können, untersucht und u. a. folgendes festgestellt: Die Konservierung des Hammelblutes gelingt einwandfrei durch Zusatz von Handelsformol im Verhältnis 1 : 700; Zeitdauer der möglichen Aufbewahrung: ca. 8 Tage. Die für die Konservierung des Komplements, z. B. durch Zufügen konzentrierter Kochsalzlösung, angegebenen Vorschriften genügen keineswegs. Die Untersuchung des Patientenserums innerhalb von 24 Stunden ist nicht immer praktisch durchführbar, muß aber als Ausnahme von der Regel angesehen werden. Für diese Fälle muß durch eine besondere Versuchsanordnung den ausnahmslos veränderten quantitativen Verhältnissen Rechnung getragen werden. In solchen Fällen muß die Serumkontrolle in einfacher Dose mit nur 5% Komplement angesetzt werden, da das Ansetzen der Serumkontrolle mit 10% Komplement und einfacher Serumdose zu falschen Resultaten führen kann.

Verf. sieht in der Nichtbefolgung der Vorschrift, Hammelblut, Komplement und Patientenserum innerhalb von 24 Stunden zu verwenden, die Hauptursache für das Zustandekommen differenter Resultate verschiedener Untersucher. Sämtliche „quantitativ verfeinerte“ Methoden sind nicht nur unnötig, sondern sogar unzulässig.

Marg. Stern (Breslau).



Buchanzeigen und Besprechungen.

Dreuw, Dr. med. Allgemeine, gleiche, diskrete Anzeige- und Behandlungspflicht. Vorschläge zu einem Entwurfe für ein Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Fischers medizinische Buchhandlung H. Kornfeld—Berlin 1919.

Der Verfasser veröffentlicht sein bereits 1915 herausgebrachtes System zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in der Form eines aus 33 Paragraphen bestehenden Gesetzvorschlages.

Er bittet die preußische Landesversammlung die Reichsregierung zu ersuchen, daß sie ein Gesetz erlasse entsprechend seinem Vorschlage.

Das Wesentliche seines Vorschlages besteht darin, daß einem „Statistischem Gesundheitsamte" ebenso wie alle anderen ansteckenden Krankheiten auch die an Geschlechtskranheiten leidenden gemeldet werden. Dieses statistische Gesundheitsamt könne dem Reichsgesundheitsamte angegliedert werden und in jeder Provinz oder jedem Bundesstaate Filialen haben.

Jeder Geschlechtskranke hat sich unter Angabe seines richtigen Namens bei einem approbierten, vom zuständigen Kreisarzte als attestierfähig geführten Arzte innerhalb einer angemessenen Frist in Behandlung zu begeben. Der attestierfähige Arzt meldet Namen und Anschrift des Erkrankten an das statistische Gesundheitsamt. Das Gesundheitsamt darf weder an das Gericht, noch an die Polizei, noch an irgend eine andere Behörde oder Person über die ihm bekannt gewordenen Tatsachen Mitteilung machen.

Jeder Geschlechtskranke hat innerhalb der ersten 4 Tage jeder Woche dem statistischen Gesundheitsamte eine von einem approbierten Arzte ausgefertigte Bescheinigung über seinen Zustand einzureichen, bis er für gesund erklärt ist.

Trifft die ärztliche Bescheinigung nicht ein, so verfällt der Geschlechtskranke einer sofort vollstreckbaren Gebühr von 10 Mark und kann bei weiterem Ausbleiben der Bescheinigung durch die Polizeibehörde auf seine Kosten zwangsweiße ärztlicher Behandlung zugeführt oder einem Krankenhause überwiesen werden.

Personen mit frisch erworbener, primärer oder sekundärer Syphilis dürfen mindestens zwei Jahre nach der Ansteckung nicht geschlechtlich verkehren oder heiraten.



Sie haben während dieser zwei Jahre alle 8 Tage dem statistischen Gesundheitsamte ein formularmäßiges Gesundheitsattest einzusenden, es sei denn, daß sie in der symptomfreien Zeit durch ärztliches Attest von der Formulareinsendung für eine 3 Monate nicht überschreitende Frist befreit sind.

Wer über 18 Jahre alt ist und gewerbsmäßig Geschlechtsverkehr ausübt, hat dies dem statistischen Gesundheitsamt mitzuteilen und jede Woche dreimal auf Staatskosten ein Attest einzureichen, widrigenfalls sie zwangsweise einem Krankenhause oder Arzte auf ihre Kosten zugeführt wird.

Personen, die die staatliche Anerkennung als Arzt (Approbation) nicht besitzen, ist eine gewerbsmäßige oder nicht gewerbsmäßige Behandlung von Geschlechtskrankheiten verboten, es sei denn, daß sie nach einer besonderen Prüfung als attestierfähige Krankenbehandler anerkannt sind.

„Als attestierfähige Krankenbehandler werden auch solche nicht Approbierte mit allem aus diesem Gesetze erwachsenen Rechte und Pflichten zugelassen, die vor einer besonderen, aus drei beamteten Ärzten und drei staatlich zu berufenden Krankenbehandlern bestehenden, unter einem unparteiischen Vorsitzenden tagenden Kommission bewiesen haben, daß sie die theoretischen und praktischen Kenntnisse und die Einrichtungen besitzen, die zur exakten Erkennung der Geschlechtskrankheiten und ihrer Ansteckungsgefahr, zur Stellung der Diagnose und zur Erkennung der erfolgten Heilung nötig sind."

Die sonstigen in dem Gesetzesvorschlage des Verfassers enthaltenen Bestimmungen entsprechen denen, die bereits in dem vom früheren Reichstage nicht zum Abschlusse gebrachten Gesetzentwurfe enthalten waren.

Zwei Punkte des D.'schen Entwurfes seien besonders herausgehoben: Die Bescheinigung, die ein jeder Geschlechtskranke allwöchentlich dem statistischen Gesundheitsamte einzuschicken hat — bei Syphilitikern zwei Jahre hindurch, bei allen anderen bis zu ihrer Gesunderklärung — und die Schaffung attestierfähiger (nicht approbierter) Krankenbehandler. Die allwöchentlichen Ärzteatteste würden dem Kranken beträchtliche Kosten auferlegen. Die Kartotheken des statistischen Gesundheitsamtes würden einen riesigen Umfang erreichen!

Die Schaffung „attestierfähiger Krankenbehandler" ist mit allem Nachdruck unbedingt abzulehnen. D. sagt zwar in der Begründung zu seinem Vorschlag selbst, daß, wenn die Parlamentsmehrheit diese Krankenbehandler nicht wolle, der betreffende Paragraph zu streichen wäre. Aber schon ein solcher Vorschlag von seiten eines Arztes erscheint höchst bedenklich zu einer Zeit, da der Kampf gegen die Behandlung Geschlechtskranker durch Kurpfuscher und gegen deren Zeitungsanzeigen usw. ein besonders energischer sein muß. Chotzen (Breslau).



Handbuch der Geschlechtskrankheiten, herausgegeben von E. Finger, J. Jadassohn, S. Ehrmann, S. Grosz. Wien. Alfred Hölder. 1916.

Das nunmehr abgeschlossen vorliegende, ausgezeichnete Werk enthält in seinem Schlußband (III. Band, 2. u. 3. Teil) folgende Aufsätze:

Benda, C. Die Syphilis des Gefäßsystems (Pathologische Anatomie).

Die pathologische Anatomie der Syphilis des Gefäßsystems hat Benda, der ja auch selbst auf diesem Gebiete schon früher in einigen Arbeiten hervorgetreten ist, be andelt. Die klaren Ausführungen sind durch eine Anzahl von Abbildungen noch eindringlicher gestaltet und machen das Kapitel für jeden Syphilidologen höchst beachtenswert. Die klinische Bedeutung der Gefäßsyphilis wird für den Praktiker durch die gute Darstellung ihrer pathologischen Anatomie näher gerückt und verständlicher gemacht.

Alexander, Gustav. Die Syphilis des Gehörorganes.

Mir ist nicht bekannt, ob eine so umfangreiche, eine so eingehende Darstellung der Syphilis des Gehörorganes überhaupt besteht, wie die von Alexander stammende, welche über 300 Seiten umfaßt und das vorhandene Material in tiefgründlicher Weise bearbeitet hat. Uns Syphilidologen ist diese eingehende Darstellung besonders wertvoll in Hinsicht auf die gerade, durch die Salvarsantherapie besonders in das praktische Interesse gerückte Syphilis der Gehörnerven. Das Werk enthält eine Fülle eigener Beobachtungen des Verfassers und hat dadurch an Eindringlichkeit erheblich gewonnen.

Hirschl, J. A. und *Marburg*, O. Syphilis des Nervensystems (einschließlich Tabes und Paralyse).

In dem von Hirschl und Marburg bearbeiteten Abschnitt der Syphilis des Nervensystems haben wir eine über 300 Seiten fassende Monographie des wichtigen Gebietes vor uns. Die Arbeit, die das bis 1914 Sichergestellte umfaßt, ist für den Dermatologen wie für den Neurologen höchst wertvoll und gestattet durch ein sehr reiches Literaturverzeichnis sicht leicht über die Einzelfragen des ja in den letzten Jahren immer schwieriger werdenden Gebietes zu orientieren. Das Buch ist auch als Sonderarbeit erschienen und dürfte auch als Lehrbuch der Syphilis des Nervensystems von Bedeutung sein.

Winternitz, Rudolf. Die Syphilis des Urogenitalsystems.

Winternitz hat in dem vorliegenden Handbuche die Syphilis des Urogenitalsystems behandelt; dieses Kapitel enthält praktisch ganz besonders wichtige Abschnitte, so die Syphilis der Nieren, die Syphilis der Hoden, der Brustdrüse der Frau usw. Daß der Verfasser in der ihm eigenen tiefgründlichen Weise alles das, was auf dem von ihm behandelten Gebiete in klarster Weise zusammengestellt hat, daß die größeren Abschnitte, wie die weniger bekannten Lokalisationen der Syphilis eine gleich liebevolle Bearbeitung erfahren haben, braucht nicht erst betont



zu werden. Den einzelnen Kapiteln sind erschöpfende Literaturanhänge beigegeben.

Finger, E. Hereditäre Syphilis. Ätiologie und allgemeine Pathologie.

Das gerade durch die Forschungen der letzten Jahre ganz umgestaltete Kapitel der Ätiologie und allgemeinen Pathologie der hereditären Syphilis hat Finger in der ihm eigenen klaren Weise dargestellt; er bringt die ja teilweise gelösten Streitfragen auf dem Gebiete dem Leser scharf zum Bewußtsein und wird auch den Ansichten von ihm abweichender Autoren in objektiver Darstellung durchaus gerecht. Bei noch ungelösten Fragen stellt er die Hauptpunkte in dem Leser die Übersicht erleichternden Weise nebeneinander.

Zappert, J. (unter Mithilfe von K. Grünfeld). Die Klinik der hereditären Syphilis.

Zappert hat (unter Mitarbeit von Grünfeld) die Symptomatologie der hereditären Syphilis monographisch in erschöpfender Weise dargestellt. Das umfangreiche Literaturverzeichnis gibt Kunde, auf wie breiter Basis die Darstellung fußt. Sie hat sowohl für den Syphilidologen wie für den Kinderarzt ihre große Bedeutung und gestattet ein schnelles Orientieren über das auf diesem Gebiete bekannte.

Freund, Leopold. Die Syphilis im Röntgenbilde.

Freund hat in dem großen Handbuch das außerordentlich dankbare Kapitel der Syphilis im Röntgenbilde in sachkundiger Weise bearbeitet und die Ausführungen durch Wiedergabe guter Bilder eindringlicher gestaltet. Die röntgologisch feststellbaren Veränderungen am Knochen sind eingehend beschrieben; die Darstellung der Rolle der Röntgenphotographie bei der Syphilis der inneren Organe ist leider etwas knapp gehalten; gerade hier wäre dem Leser eine eingehendere Darstellung eines so sachkundigen Arztes, wie es der Verfasser ist, sicher willkommen gewesen.

Hecht, Hugo. Syphilis maligna.

Das Kapitel der Syphilis maligna ist von Hecht in sehr geschickter Weise dargestellt worden. In einleuchtender Weise hat Hecht das ja nicht überall gleichbewertete Krankheitsbild der Syphilis maligna gegenüber der Syphilis gallopans, praecox und gravis abgegrenzt und im Anschluß an diese Begriffsbestimmung scharf das Bild der eigentlichen Syphilis maligna dargestellt. Auch der Einfluß der Salvarsantherapie auf die Syphilis maligna ist genügend gewürdigt worden.

Hecht, Hugo. Endemische Syphilis.

In dem vorliegenden, nur einige Seiten umfassenden Kapitel hat Hecht alles das zusammengestellt, was wir über „endemische Syphilis" wissen. Das historische dieses Gebietes ist in einem Literaturverzeichnis zusammengestellt.

Landsteiner, Karl. Serumdiagnostik der Syphilis.

Eine kurze aber sehr klare Darstellung des in der Überschrift angegebenen Kapitels. Der Verfasser gibt an, daß die Arbeit schon 1910



abgeschlossen wurde und R. Müller eine Ergänzung des Kapitels bringen wird.

Matzenauer, Rudolf. Die Prognose der Syphilis.

Das außerordentlich schwierige Kapitel der Prognose der Syphilis hat Matzenauer in sehr geschickter Weise behandelt. Auch hier handelt es sich um ein keineswegs dankbares Gebiet, da die Prognose der Erkrankung sich notwendigerweise mit den Verbesserungen der Behandlung ändern muß. Immerhin dürfte manches in dem Abschnitt betonte auch bei einer veränderten, resp. verbesserten Therapie als die Prognose günstiger oder schlechter gestaltend, seine Geltung beibehalten.

Matzenauer, Rudolf. Die Therapie der Syphilis.

Es ist zu bedauern, daß eine so eingehende Bearbeitung wie die Matzenauers, die allen bis zu seiner Veröffentlichung festgelegten Tatsachen auf dem Gebiete der Syphilisbehandlung gerecht wird, natürlicherweise sehr bald durch die gerade zur Zeit in einer Periode der Umwälzung befindliche Therapie der Syphilis, eine Umwälzung, die teilweise früher fest anerkannte Grundsätze aufs neue zur Diskussion stellt, sehr schnell veralten muß. Für den Fachmann, der nicht bloß das gerade zu seiner Zeit geltende kennen muß, sondern der auch über das Werden der Therapie sich Rechenschaft geben muß, wird die Arbeit Matzenauers von dauerndem Werte sein.

Finger, E. Statistik und Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten.

Das in der Überschrift angegebene außerordentlich wichtige Kapitel ist von dem einen Herausgeber des Handbuches, Finger selbst, bearbeitet worden. Die knapp gehaltene und doch inhaltlich sehr eingehende Darstellung erlauben dem Leser, sich schnell über das interessante Gebiet zu belehren. Das reiche Tatsachenmaterial, welches Finger in seinen Ausführungen zusammengestellt hat, wird späteren Forschern ihre Arbeit ganz wesentlich erleichtern.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Der Redaktion eingesandte Bücher.

(Besprechung fallweise vorbehalten.)

Kolle, W. und **Hetsch,** H. Die experimentelle Bakteriologie und die Infektionskrankheiten mit besonderer Berücksichtigung der Immunitätslehre. V. erw. Auflage. Urban & Schwarzenberg. Berlin und Wien. 1919. 2 Bände. Preis M. 84.—.

Hayek, H. v. Das Tuberkuloseproblem. J. Springer. Berlin. 1920. Preis M. 26.—, geb. M. 30.—.

Holzknecht, G. Röntgenologie. Eine Revision ihrer technischen Einrichtungen und praktischen Methoden. I. Teil. Fremdkörper, Verletzungen. Chronische Eiterung. Urban & Schwarzenberg. Berlin u. Wien. 1918. Preis M. 30.—, geb. M. 35.—.



Naegeli. Blutkrankheiten und Blutdiagnostik. Lehrbuch der klinischen Hämatologie. III. Auflage. Vereinigung wissenschaftlicher Verleger. Berlin u. Leipzig. 1919. Preis M. 46.—, geb. M. 52.—.

Breitensteins Repetitorien Nr. 6. Kurzes Repetitorium der Bakteriologie. III. Auflage. J. A. Barth. Leipzig 1919. Preis M. 4.80, geb. M. 5.80.

Boas. Die Tabes dorsalis der Kriegsteilnehmer und ihre militärärztliche Begutachtung. F. Enke. Stuttgart. 1919. Preis M. 10.—.

Bloch, Br. Die Geschlechtskrankheiten, ihr Wesen und ihre Bekämpfung. 1.—5. Tausend. Orell Füssl. Zürich. 1919.

Cohn, J. Urologisches Praktikum für Ärzte und Studierende. Urban & Schwarzenberg. Berlin u. Wien. 1919. Preis geb. M. 16.—.

Bucky. Die Röntgenstrahlen und ihre Anwendung. (Aus Natur und Geisteswelt. Bd. DLVI.) B. G. Teubner. Leipzig und Berlin. 1918. Preis M. 1.50.

Sommer. Röntgentaschenbuch. VIII. Bd. Otto Nemnich. München u. Leipzig. 1919. Preis geb. M. 8.—.

Wetterer. Handbuch der Röntgen- und Radiumtherapie. Band I. 3. Aufl. Otto Nemnich. München u. Leipzig. 1919. Preis geb. M. 42.—.

Arzt. Über den derzeitigen Stand der Syphilisforschung und -Behandlung. Drei Vorträge für prakt. Ärzte. Wagnersche Universitätsbuchhandlung. Innsbruck. 1919. Preis K 4.—.

Kromayer. Röntgen-Radium-Licht in der Dermatologie. Hermann Meusser. Berlin. 1918. Preis M. 4.60.

Homen, E. A. Arbeiten aus dem patholog. Institut der Universität Helsingfors. 1. Folge. Band II. H. 1 u. 2. G. Fischer. Jena. 1919. Preis M. 50.—.

Thedering. Skrofulose, ihre Ursachen, Bedeutung und Heilung. G. Stalling. Oldenburg. 1920. Preis M. 1.75.

Nagelschmidt. Die Lichtbehandlung des Haarausfalles. II. Auflage. J. Springer. Berlin. 1919. Preis M. 6.60.

Lewandowsky, Prof. Dr. M. Praktische Neurologie für Ärzte. 3. Aufl. Neubearbeitet von Dr. Robert Hirschfeld. J. Springer, Berlin 1919. Preis M. 18.—.

Souza Aranjo, Dr. Heraclides Cesar de. A Prophylaxia Rural no Estado do Paraná. Vol. I. Anno I. Livraria Economica, Curityba-Paraná, Brazil 1919.

Varia.

Am 1. Juni feiert der Leiter der städt. Hautklinik zu Dortmund, Prof. Dr. Fabry, seinen 60. Geburtstag. Als einer der ältesten Schüler Doutreleponts hat F. es verstanden, als Lehrer in den Assistenten seiner Abteilung eine große Zahl von Schülern heranzuziehen und außerdem aus der Praxis heraus wertvolle Beiträge für unsere Wissenschaft zu liefern. Es würde zu weit führen, wollten wir alle seine Arbeiten anführen. Bei der reichlichen Fülle des Krankenmaterials, das ihm zur Verfügung stand, hat er fast auf allen Gebieten der Dermatologie gearbeitet. Es seien nur seine Arbeiten über operative Lupusbehandlung, über die Tuberculosis cutis verrucosa der Bergleute, über Pagetsche Erkrankung, über Pemphigus foliaceus aus der großen Reihe seiner Veröffentlichungen erwähnt. In den letzten Jahren beteiligte F. sich in hervorragender Weise an der Erprobung und Wirkungsweise der verschiedenen Salvarsanpräparate; eine ganze Anzahl Arbeiten zeugen von seiner reichen Erfahrung auf diesem Gebiete. Wir wünschen dem Jubilar, daß ihm die Freude an der praktischen und wissenschaftlichen Tätigkeit noch recht viele Jahre erhalten bleiben möge.

Personalia. Dr. B. Chajes (Berlin-Schöneberg) wurde zum Dozenten der Gewerbehygiene an der technischen Hochschule in Charlottenburg ernannt und hat den Professortitel erhalten.

San.-Rat Martin Chotzen (Breslau) erhielt einen Lehrauftrag für sexuale Hygiene und sexuale Pädagogik.

San.-Rat Fabry (Dortmund) hat den Professortitel erhalten.

Dr. K. Lennhoff, Oberarzt der dermatologischen Klinik in Breslau, wurde zum Oberarzt der neuen dermatologischen Abteilung in Magdeburg ernannt.

Prof. Hans Mayer, der bisherige Leiter des Instituts für Strahlentherapie in Kiel, wurde zum dirigierenden Arzt der Röntgenabteilung der staatlichen Krankenanstalten in Bremen ernannt (Notiz p. 752 irrig).

Priv.-Doz. Dr. P. Mulzer, früher Straßburg, jetzt München, hat den Titel eines a. o. Professors erhalten.

Priv.-Doz. Dr. Walter Schönfeld (Würzburg) wurde als a. o. Professor f. Haut- und Geschlechtskrankheiten an die Universität Greifswald berufen.

Prof. Dr. B. Spiethoff (Jena) wurde zum etatsmäßigen a. o. Professor f. Haut- und Geschlechtskrankheiten ernannt.

Habilitiert: Poehlmann (München), Ritter (Hamburg), Stühmer (Freiburg).

Priv.-Doz. Dr. Walther Georgi (Frankfurt a. M.), der Mitarbeiter an der Sachs-Georgischen Syphilisreaktion, ist im 31. Lebensjahre gestorben.

Am 6. Juni findet in Bologna, gelegentlich der Tagung der Societa italiana di dermatologia e di sifilografia, die feierliche Überreichung einer Festschrift und einer Medaille an den Nestor der italienischen Dermatologen, Domenico Majocchi, anläßlich seines 40jährigen Dozentenjubiläums, statt.

Die Fachvertreter für Haut- und Geschlechtskrankheiten an allen reichsdeutschen Universitäten haben sich, im Anschlusse an die Resolution der Berliner dermatologischen Gesellschaft und in Übereinstimmung mit dem Ausschusse der Deutschen dermatologischen Gesellschaft, einstimmig gegen die Anzeigepflicht der Geschlechtskranken ausgesprochen und nur ein beschränktes Melderecht für zweckmäßig und durchführbar anerkannt.

Die Sonderdruck-Zentrale (Leitung Oberstabsarzt a. D. Berger, Berlin-Friedenau, Knausstr. 12) hat nach der Unterbrechung durch den Krieg ihre Tätigkeit im Rahmen der „med. Vereinigung für Sonderdruckaustausch" wieder voll aufgenommen; ebendort die „Med.-Literarische Zentralstelle" (Literaturzusammenstellungen für wissenschaftliche Zwecke, Übersetzungen usw.), in deren Leitung Herr Dr. Max Henius, Berlin, eingetreten ist.

Dr. Svend Lomholt schreibt uns:

„Ich bin darauf aufmerksam gemacht worden, daß die von mir in meiner Mitteilung über „Die Zirkulation des Quecksilbers . . ." (Archiv f. Dermat. u. Syph. Bd. CXXVI. p. 88) beschriebene Spritze von Barthélemy und nicht, wie dort fehlerhaft angegeben, von Zieler konstruiert ist."



Begründet von H. Auspitz und F. J. Pick.

Referate.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Unter Mitwirkung von

ALMKVIST (Stockholm), AMICIS (Neapel), BETTMANN (Heidelberg), BLASCHKO (Berlin), BOAS (Kopenhagen), BRUCK (Altona), BRUHNS (Berlin), BUSCHKE (Berlin), CEDERCREUTZ (Helsingfors), CRONQUIST (Malmö), DOHI (Tokio), EHLERS (Kopenhagen), EHRMANN (Wien), FABRY (Dortmund), FREUND (Wien), FRIEBOES (Rostock), GALEWSKY (Dresden), GIOVANNINI (Turin), GROSZ (Wien), GROUVEN (Halle), HAMMER (Stuttgart), HARTTUNG (Breslau), HAUCK (Erlangen), HELLER (Berlin), HEUCK (München), HOCHSINGER (Wien), JANOVSKY (Prag), JESIONEK (Gießen), JOSEPH (Berlin), JULIUSBERG (Braunschweig), KLOTZ (New-York), KOPYTOWSKI (Warschau), KRZYSZTALOWICZ (Krakau), KYRLE (Wien), LEDERMANN (Berlin), LEWANDOWSKY (Basel), LINSER (Tübingen), LUKASIEWICZ (Lemberg), MAJOCCHI (Bologna), MATZENAUER (Graz), MAZZA (Modena), MEIROWSKY (Köln), MERK (Innsbruck), du MESNIL (Altona), NOBL (Wien), OPPENHEIM (Wien), v. PETERSEN (Petersburg), PHILIPPSON (Palermo), PINKUS (Berlin), POSPELOW (Moskau), PROKSCH (Wien), REENSTIERNA (Stockholm), RIECKE (Göttingen), RILLE (Leipzig), ROSENTHAL (Berlin), SCHÄFFER (Breslau), SCHERBER (Wien), SCHOLTZ (Königsberg), SCHUMACHER II. (Aachen), SCHÜTZ (Frankfurt a. M.), SEIFERT (Würzburg), SPIETHOFF (Jena), STERN (Düsseldorf), TÖRÖK (Budapest), TOMASCZEWSKI (Berlin), TOUTON (Wiesbaden), ULLMANN (Wien), VIGNOLO-LUTATI (Turin), VÖRNER (Leipzig), VOLK (Wien), VOLLMER (Kreuznach), WAELSCH (Prag), v. WATRASZEWSKI (Warschau), WECHSELMANN (Berlin), WINKLER (Luzern), WINTERNITZ (Prag), v. ZEISSL (Wien), ZINSSER (Köln), v. ZUMBUSCH (München)

und in Gemeinschaft mit

Arndt, Berlin; Arning, Hamburg; Bloch, Zürich; Czerny, Berlin; Finger, Wien; Herxheimer, Frankfurt a/M.; Hoffmann, Bonn;
Klingmüller, Kiel; Kreibich, Prag; v. Noorden, Frankfurt a/M.; Riehl, Wien; Veiel, Cannstatt; Zieler, Würzburg

herausgegeben von

J. Jadassohn, Breslau und W. Pick, Teplitz-Schönau.



CXXV. Band, 8. Heft.

Wien und Leipzig.
Wilhelm Braumüller,
Universitäts-Verlagsbuchhandlung (G. m. b. H.).
1920.

Dezember 1920.

Dieses Heft enthält Titel, Inhaltsverzeichnis und Register zu Band CXXV.



Inhalt:

Originalabhandlungen:

Seite

Sitzungsberichte:

Fachzeitschriften:

Periodische Literatur:

Buchanzeigen und Besprechungen:

Varia:

Titel und Inhaltsverzeichnis zu Bd. CXXV.

In allen Redaktionsangelegenheiten wolle man sich an Geheimrat Jadassohn (Breslau XVI, Maxstraße l) oder Privatdozent Dr. Walther Pick (Teplitz-Schönau, Mühlstraße 2) wenden.

Die im Archiv erscheinenden Tafeln werden auch in losen Exemplaren für Projektionszwecke zum Preise von 10—20 Pf. pro Tafel im Abonnement abgegeben. Bestellungen durch die Verlagshandlung Wilhelm Braumüller, Wien IX/1, Servitengasse 5.

Archiv für Dermatologie u. Syphilis. Berichtteil.
Bd. CXXV. Heft 8.

Aus der Hautklinik Jena (Prof. Dr. Spiethoff).

Ein in loco rezidivierendes tuberöses Salvarsanexanthem.

Von Dr. **Ernst Bergmann,**
Assistent der Klinik.

Im März 1919 kam an der hiesigen Hautklinik ein Salvarsanexanthem zur Beobachtung, das sich in seiner Lokalisation und in seinem klinischen Verlaufe so wesentlich vom Bilde gleicher oder ähnlicher Ursachen unterschied, daß es hier näher beschrieben werden soll.

Die Vorgeschichte des Falles ist folgende: Patientin war im Jahre 1917/18 in Behandlung der Augenklinik Jena wegen Doppelsehens (Abduzensparese,) sie bekam dort im ganzen 36 Salvarsanspritzen. Die Sehstörung besserte sich, nur ab und zu stellte sich noch Doppelsehen ein. Am 4. Juni 1918 wurde Patientin der Hautpoliklinik überwiesen. Die Wassermannsche Reaktion war negativ; eine am 30. September 1918 vorgenommene Blutuntersuchung fiel positiv aus. Ende Oktober 1918 wurde die spezifische Behandlung eingeleitet, klinische Erscheinungen waren nicht vorhanden. Bis zum 6. Januar 1919 wurde die Salvarsanbehandlung gut vertragen, der Wassermann war wieder negativ. Nach der Spritze am 6./I. 1919 trat Fieber (39·2) auf, Übelsein und Schwellung in der Unterbauchgegend. Die Salvarsanbehandlung wurde ausgesetzt. Am 20./I. stellte sich Patientin wieder vor, sie klagte über Kopfschmerzen besonders nachts und über Schwindelzustände. Es wurde Jod fortan verordnet, 2mal täglich eine Tablette.

Am 6./III. fühlte sich Patientin wieder wohler, die Kopfschmerzen und der Schwindel waren vergangen, dagegen zeigte sich am Körper eine Anzahl Knötchen, die wegen des starken Juckens störten. Patientin gab an, die Knötchen schon bemerkt zu haben, als sie bei uns die erste Spritze erhalten hatte; die Knötchen hätten stark gejuckt und hätten eine bräunliche Farbe angenommen, sie seien ohne Behandlung nach ungefähr 14 Tagen vergangen. Nach Verlauf von ungefähr 3 Wochen



traten die Knötchen an derselben Stelle wie das erste Mal wieder auf. Dieser Vorgang wiederholte sich öfter. Vom 6./III. ab wurde Jodfortan abgesetzt, ungefähr 14 Tage später waren alle Knötchen abgeheilt.

Am 31./III., am 7./IV. und am 14./IV. erhielt Patientin Salvarsan und kam erst am 28./IV. wieder zur Vorstellung. Sie hatte einen Rückfall ihrer Knötchen auf der Haut bekommen und klagte über starken Juckreiz. Befund siehe unten. Patientin war früher immer gesund. Zeitpunkt der Infektion kann nicht angegeben werden. Familienanamnese o. Bes. Mann gesund, ein gesundes Kind, keine Fehlgeburt. Keine Störung von Seiten des Magendarmkanals. Menses regelmäßig alle 4 Wochen. Befund: 6./III. 1919: Mittelgroße, blasse Frau, in etwas reduziertem Ernährungszustande. Strabismus konvergens. Sichtbare Schleimhäute ohne Bes. Rachenorgane o. Bes. Lungen: gut verschiebliche Grenzen, heller, voller Lungenschall, Atemgeräusch weich, vesikulär. Herz o. Bes. Leib weich, nicht druckempfindlich, keine Resistenzen fühlbar. Milz und Leber nicht vergrößert. Urin: kein Eiweiß, kein Zucker. kein Urobilinogen. Nervensystem: Pupillen reagieren prompt auf Lichteinfall und Konvergens. Keine Sensibilitätsstörungen. Haut-, Periost-Sehnenreflexe o. Bes.

Hautbefund: Unterhalb des Nabels, etwas rechts von der Mittellinie, 2 Querfinger unter der rechten Achselhöhle, dann zwischen rechter Mamilla und Nabel, dann auf der rechten Mamilla im Bereiche des Mamillenhofes und an der Innenseite des rechten Oberschenkels 3 Querfinger unter der Beuge und in der rechten Deltagegend — alle Herde auf der rechten Körperseite — befinden sich linsen- bis nagelgliedgroße Herde, die erhaben, mäßig derb, unregelmäßig konturiert sind. Über dem rechten oberen Beckenkamm Knötchen von derselben eben beschriebenen Beschaffenheit; in der linken Glutaealfalte — einzige Lokalisation links — ebensolches Knötchen. An den größeren Herden läßt sich feststellen, daß sie aus einzelnen Knötchen zusammengesetzt sind. Die Farbe ist rötlich. Im Verlaufe ließ sich folgendes ermitteln: es tritt eine spontane Rückbildung mit Pigmentbildung ein. Mit dem Maße der Rückbildung läßt auch das starke Jucken nach. Es kommt an derselben Stelle aber zu Rezidiven, die zu dem Bilde führen können, daß innerhalb desselben Herdes Erscheinungen der Regression neben Erscheinungen der Rezidiveruption bestehen. Das Bild sieht dann so aus, daß neben flachen Pigmentstellen oder blaßbräunlichen flachen Erhebungen frischrote kleine Knötchen stehen.

28./IV. Nach einer Pause von 4 Wochen, in der alle Knötchen sich unter Hinterlassung zahlreicher Pigmentierungen zurückgebildet hatten, und das Jucken ganz aufgehört hatte, fangen seit ca. 8 Tagen unter starkem Jucken an einzelnen Herden wieder Rezidive an. Die Patientin gibt an, daß vor dem Auftauchen der Knötchen kein Jucken besteht. Der Herd in der rechten Deltagegend erscheint in einer Form, wie in diesem Falle noch nicht beobachtet: es ist ein kleinnagelgliedgroßer Herd, der ohne gemeinsame Infiltrationsbasis aus einer Anzahl stecknadelspitz- bis stecknadelkopfgroßer, mehr oder weniger geröteter Knöt-



chen besteht. Ein Schimmern dieser Knötchen ist bei keinem Wechsel des Lichteinfalles festzustellen. Die Knötchen sind ganz flach.

An einer Exzisionsstelle unter der rechten Achsel, in der vorderen Axillarlinie etwas hypertrophische Narbe ohne Rezidiv. Ein Unterschied im Dermographismus zwischen rechter und linker Seite ist nicht vorhanden.

28./IV. Behandlung: Da die Patientin über sehr starken Juckreiz in den Knötchen klagt, so daß sie nachts nicht schlafen kann, werden die Effloreszenzen 15 Sekunden lang mit Kohlensäureschnee gestempelt. Salvarsan wird ausgesetzt.

13./V. Die Knötchen sind unter der Kohlensäureschneebehanhlung verschwunden, es sind keine neuen aufgetreten. Kein Jucken mehr, Wohlbefinden.

20./V. Neo-Salvarsan 0·15. 27./V. Spritze wurde gut vertragen, es sind keine neuen Knötchen aufgetreten. 17./VI. Patientin erhält jetzt wieder wöchentlich Salvarsan (Dosis 4), es wird gut vertragen, keine Erscheinungen mehr von Seiten der Haut.

Die mikroskopische Untersuchung eines unter der rechten Achsel in der vorderen Axillarlinie exzidierten Knötchens ergab folgenden Befund: Ödem des Papillarkörpers und des gesamten Koriums. Erweiterung der Gefäße; ausgesprochene herdförmige Infiltration um die Gefäße und um die Schweißdrüsen. Im Infiltrate sind reichlich eosinophile Zellen vorhanden, daneben in der Mehrzahl mehrkernige neutroph. Leukozyten und geringere Proliferation von Bindegewebszellen. Es finden sich also neben dem Ödem und der entzündlichen Infiltration reichlich eosinophile Zellen, die wir im histologischen Bilde von Arzneiexanthemen mehr oder weniger zahlreich finden. Bluteosinophilie findet sich fast regelmäßig nach Jodgebrauch, selbst kleinster Dosen. Nun hatte Patientin ca. 6 Wochen lang tägl. kleine Jodmengen genommen; es ist also wohl möglich, daß darauf die Eosinophilie zurückzuführen ist. Am 6./VI. 1919 wurde eine Blutuntersuchung vorgenommen, die folgenden Befund ergab:

Gesamtzahl der weißen Blutkörperchen: 8650.
stabkernige Leukozyten: . . . . 14·5%,
Segmentkernige Leukozyten: . . . . . 51·1%,
basophile Leukozyten: . . . . 0·5%,
eosinophile Leukozyten: 6%,
große mononukleäre Zellen: 9%,
Lymphozyten: . . . . 19%.

Obwohl die Blutuntersuchung ungefähr 3 Monate später als die histologische Untersuchung vorgenommen wurde, fanden wir noch eine ausgesprochene Eosinophilie. Daß diese nach Jodgebrauch auch nach Aussetzen des Medikaments noch monatelang anhalten kann, ist schon öfter beschrieben. So veröffentlicht Hildebrandt aus der hiesigen Klinik einen Fall, wo nach Darreichung geringer Jodmengen der Symptomen-



komplex der Dermatitis herpetiformis Duhring auftrat mit hoher Eosinophilie, die lange Zeit hindurch bestehen blieb.

Es handelt sich im vorliegenden Falle um ein über den Körper ziemlich regellos verteiltes, tuberöses Exanthem mit Bevorzugung einer Körperseite. Die einzelnen Herde sind linsen- bis nagelgliedgroß, erhaben, mäßig derb, unregelmäßig konturiert, von rötlicher Farbe. Sie bestehen aus einzelnen kleinen Knötchen, die sich meist in einem verschiedenen Entwicklungsstadium befinden: neben rückgebildeten, die als flache Pigmentstellen imponieren, sieht man in Rückbildung begriffene und frische Effloreszensen. Die frischen Eruptionen lösen starken Juckreiz aus. Das Exanthem trat nach Salvarsan auf, nachdem das Mittel vorher lange Zeit gut vertragen war. Nach Jodgebrauch erschienen dieselben Hauterscheinungen wieder. Daß bei Intoleranz gegen ein Medikament auf dem Boden der durch dieses gesetzten Disposition eine Idiosynkrasie gegen ein anderes Arzneimittel eintreten kann, ist nichts Neues. Besnier-Hallopeau sagen darüber: Die Idiosynkrasie gegen Arzneien kann angeboren oder erworben, sie kann eine dauernde und vorübergehende sein; ein und dasselbe Mittel kann plötzlich, nachdem es lange Zeit schadlos genossen, ein Exanthem hervorrufen, ohne daß andere Ursachen für die Intoleranz annehmbar wären, als eine plötzlich eintretende Änderung im Reaktionsvermögen, demzufolge stets nur dieses eine Mittel, oft aber auch andere, chemisch nicht verwandte Stoffe entweder ein und dasselbe oder auch verschiedene Exantheme hervorrufen.

Wir haben es also mit einem Arzneiexanthem zu tun, das in einer Form auftrat, wie es bisher unseres Wissens weder nach Salvarsan noch nach Jod zur Beobachtung kam und wie ich es in der Literatur nirgends beschrieben fand. Gewisse Ähnlichkeit hat es mit dem Brocqschen fixen Antipyrinexanthem: persistente erythemato-pigmentierte Herde, die einzeln oder an mehreren Stellen auftreten können, unter Hinterlassung von Pigment verschwinden und bei Wiederdarreichung des Mittels ebenfalls in loco rezidivieren.

Aber abgesehen davon, daß unsere Patientin während der ganzen Zeit überhaupt kein Antipyrin genommen hat, war ja in unserem Falle auch der klinische Verlauf ein ganz anderer: die Desquamation während der Rückbildung fehlte, bei weiterer Darreichung von Salvarsan oder Jod traten zu den alten Effloreszensen keine neuen hinzu und während bei dem Antipyrinexanthem die einzelnen Herde sich in toto zurückbilden oder neu entstehen, fand man in unserem Falle in demselben Herde neben frischen Effloreszensen rückgebildete und in Rückbildung begriffene. Die Grundform war nicht das Erythem, sondern die Papel.

Vörner beschreibt ein Krankheitsbild, das er Urticaria solitaria nennt. Vom gewöhnlichen Typus unterscheidet sich diese vor allem durch ihre isolierte Lokalisation, welche wir als das hauptsächlichste Symptom zu beachten haben. Weiterhin ist charakteristisch ihre Neigung, an gleicher Stelle zu verharren und nach ihrer Rückbildung an dieser (in loco) zu rezidivieren.

Wenn sich auch diese Affektion von unserem Falle in ätiologischer, histologischer und morphologischer Beziehung unterscheidet, so finden wir doch die Gemeinsamkeit der isolierten Lokalisation und die Neigung beider, an gleicher Stelle zu verharren und in loco zu rezidivieren.

Ihre Entstehung erblickt Vörner darin, daß bei besonders veranlagten Personen eine bestimmte Stelle im Gegensatze zur übrigen immunen Hautdecke dauernd oder für längere Zeit stärker emfindlich bzw. widerstandslos ist, weshalb sie im gegebenen Falle allein erkrankt. Dieser Zustand kann gegeben oder erworben sein. In unserem Falle ist dieser unter dem Einflusse dargereichter Arzneien manifest geworden. Daß es nur ganz bestimmte Stellen der Körperdecke waren, die auf die dargereichten Arzneien reagierten, wurde besonders dadurch deutlich, daß nach Verödung dieser Hautpartien trotz weiterer Darreichung des Arzneimittels nie wieder Erscheinungen auftraten.

Endlich beschreiben Thibierge und Mercier im Bulletin de Dermatologie et de Syphiligraphie ein Krankheitsbild, das zu dem unsrigen gewisse Beziehungen hat.

Th. und M. sahen bei einer Patientin nach Injektion von Neosalvarsan erythemato-pigmentierte Flecke auftreten, die in ihrer Form, in ihrer Farbe, in den Verschiedenheiten ihrer Farbe, in ihrer Neigung in loco zu rezidivieren große Ähnlichkeit haben oder fast identisch sind mit dem Brocqschen fixen Antipyrinexanthem. Patientin hatte 13 Neosalvarsaninjektionen (im ganzen 6 *g*) gut vertragen, nach der 14. Spritze trat am Halse ein roter Fleck von der Größe eines 50-Centimessückes auf, der bestehen blieb und schließlich eine braunrote Farbe annahm, im Zentrum ausgesprochener als an der Peripherie. Nach der nächsten Spritze, die aus äußeren Gründen erst 2 Monate später gegeben wurde, trat eine Vergrößerung des schon vorhandenen ersten Fleckes ein, außerdem kamen zwei neue von derselben Beschaffenheit wie der erste hinzu. Im weiteren Verlaufe wurde noch festgestellt, daß die einzelnen Flecke sich zum Teil von selbst zurückbildeten, um bei Wiederdarreichung von Salvarsan an derselben Stelle zu rezidivieren. Bemerkenswert ist, daß auch hier die Intoleranz gegen Salvarsan erst auftrat, nachdem das Mittel lange Zeit vorher gut vertragen war. Zwischen dieser und unserer Beobachtung bestehen morphologisch die gleichen Differenzpunkte, die oben bei dem fixen Antipyrinexanthem erwähnt sind.

Literatur.

Vörner. Urticaria solitaria. Dermatologische Zeitschr. Bd. XX. — Tibièrge und Mercier. Tâches Erythémato-pigmentées à répétition „insitu" à la suite d'injektions de novarsénobenzol. Bulletin de Dermatologie. Nr. 3—4. 1919. Brocq. Dermatologie Pratique 1909.



Verhandlungsberichte.

Berliner dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 11. Februar 1919.

Herr Franz Blumenthal: Fall von ausgedehnter Melanose des Gesichtes, der durch ganz kleine Röntgendosen, Vierteldosen in Abständen von 8 Tagen zur Heilung gebracht wurde.

Herr Julius Heller: Demonstration von Diapositiven über schwerste Dermatitiden und Melanose nach der Anwendung von Quecksilber und Neosalvarsan. Ein Fall ist bei Anwendung von Suprarenin gebessert. ein Fall ist gestorben, während bei dem dritten Falle eine noch zunehmende Melanose besteht.

Herr Franz Blumenthal: Über die Ausflockungsmethode der Serodiagnostik der Syphilis durch Cholesterinextrakt nach Sachs und Georgi. Aus den mitgeteilten Resultaten ersieht man, daß eine weitgehende Übereinstimmung zwischen der Wassermannschen Reaktion und der Sachs-Georgischen Reaktion vorhanden ist. Nach seiner Ansicht dürfte sie schon jetzt ihre praktische Bedeutung als Kontrollreaktion der W.-R. besitzen. Von Wichtigkeit ist die Verwendung geeigneter Extrakte, die vorher genau ausprobiert sein müssen.

Aussprache. Herr *Heller* fragt, welche Reaktion denn für Blumenthal die maßgebende wäre.

Herr Fr. *Blumenthal* versteht unter Kontrolle die größere Sicherheit, wenn beide Reaktionen gleich ausfallen.

Herr Fritz *Lesser* ist von der Sachs-Georgischen Reaktion in Beziehung auf ihre Spezifizität nicht befriedigt, da sie bei Ulcera mollia in den meisten Fällen positiv ausfällt.

Herr Franz *Blumenthal* hat von 38 Ulcus molle-Fällen bei 36 eine negative Reaktion gehabt, in einem Falle war die Sachs-Georgische Reaktion schwach positiv, die W.-R. negativ, im letzten Falle waren beide Reaktionen schwach positiv.. Die Differenzen zwischen ihm und Lesser liegen vielleicht an dem von ihm verwandten Extrakt.

Herr Julius Heller: Die Stellung des Facharztes bei der Begutachtung der Nichtinfektiosität eines Patienten zu dem Paragraphen 2 (Gefährdungsparagraph) des neuen Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. H. betont die Schwierigkeiten, welche der Facharzt hat, um die Infektiosität oder die Nichtinfektiosität des Individuums festzustellen, welches den Beischlaf ausüben will, besonders bei veralteten Gonorrhoefällen; daß viele Patienten aus Freude über die ihnen erteilte Heiratserlaubnis sich bei einem neuen Koitus frisch infizieren und dann ihre Ehefrau anstecken. Ferner muß der Facharzt unterscheiden, ob das Gesundheits-



attest für einen ehelichen oder außerehelichen Beischlaf ausgestellt werden soll.

Aussprache. Herr O. *Rosenthal* meint, daß Heller in seinen Anforderungen an die Untersuchungsmethoden des Arztes etwas sehr weitgegangen wäre.

Herr Fritz *Lesser* stimmt Heller bei, daß bei Frauen manchmal keine Gonokokken nachgewiesen werden können, bei denen dann doch im Orgasmus welche zur Ausscheidung kommen. Was den Heiratskonsens des Syphilitikers anbetrifft, so meint er, daß man nicht auf dem alten Standpunkte stehen bleiben sollte, da in 100% der Fälle bei rechtzeitiger Diagnose eine Abortivkur gelingt.

Herr *Ledermann* glaubt, daß Heller die Haftbarkeit des Facharztes etwas zu tragisch nimmt. Bezüglich des Heiratskonsenses für Syphilitiker hält er im Gegensatz zu Lesser eine längere Beobachtungszeit für erforderlich.

Herr *Heller* (Schlußwort) ist von der Aussprache nicht ganz befriedigt Er beabsichtigte zu zeigen, daß bei der praktischen Durchführung des Gesetzes sich so große Schwierigkeiten ergeben, daß der Nutzen des Gesetzes sehr problematisch erscheint, wenn man auch die Absicht des Gesetzgebers durchaus billigen kann.

Sitzung vom 18. März 1919.

Herr L. **Pulvermacher: Fall von multiplen (nicht pigmentierten) Sarkomen der Haut.** (Krankenvorstellung.)

Herr L. **Pulvermacher: Weitere Beiträge zur Frage des Spätikterus nach Salvarsan.** P. kann nicht alle Ikteruserkrankungen bei Syphilitikern, welche Wochen und Monate nach Salvarsanbehandlung auftreten, als „Spätikterus nach Salvarsan" ansehen, da häufig eine andere Ursache die Schuld daran hat. Das gehäufte Vorkommen der Erkrankung und die teilweise sonst nicht mögliche ätiologische Erfassung läßt in dem Salvarsan bzw. seinen Abbauprodukten einen Faktor bei der Entstehung der Krankheit annehmen.

Aussprache. Herr Franz *Müller* hat im Ingolstädter Lazarett innerhalb von 86 Tagen 21 Fälle von akuter gelber Leberatrophie nach Neosalvarsan beobachtet. Von diesen sind 14 Todesfälle und 8 leichtere Ikterusfälle, die in Genesung übergingen. Der 22. Fall betraf einen Unterarzt, der sich bei einer Sektion geschnitten hatte und 6 Wochen später an akuter Leberatrophie erkrankte und starb. Lues und Salvarsananwendung waren bei ihm ausgeschlossen. Der ganze Verlauf der Erkrankungen spricht unbedingt für eine infektiöse Erkrankung mit langer Inkubationszeit. Es mag vielleicht eine weitere Schädigung durch Salvarsan hinzukommen, jedenfalls ist das Salvarsan als Hauptschädigung nicht anzunehmen.

Herr Julius *Heller* hat in den Monaten September, Oktober, November 1918 im Garnisonlazarett II in Berlin-Tempelhof 17–18 Fälle von Spätikterus nach Salvarsan beobachten können. Ein Fall, der zur Sektion kam, hatte an der Leber außerordentlich wenig Veränderungen. Von Arsen ließ sich keine Spur in der Leber nachweisen. Daß das Salvarsan die Ursache des Ikterus ist, ist möglich, ein sicherer Beweis dafür liegt aber nicht vor.

Herr Oscar *Dreyer* hat $1^3/_4$ Jahr lang in Ingolstadt ungefähr 3000 Salvarsan-Injektionen gemacht, ohne je eine Schädigung gesehen zu haben. Bei den von den anderen Herren beobachteten Ikterusfällen muß es sich



entweder um eine Infektion gehandelt haben, oder es ist etwas anderes eingespritzt worden, vielleicht verdorbenes Salvarsan.

Herr *Silbergleit* ist überzeugt, daß die Ingolstädter Fälle von gelber Leberatrophie mit der Neosalvarsanbehandlung zusammenhängen müssen. Die nachträglichen Erhebungen über etwaige fehlerhafte Beschaffenheit des Neosalvarsan sind völlig negativ verlaufen.

Herr Oscar *Dreyer* bestätigt, daß bei der Zubereitung und Einspritzung der Neosalvarsanlösungen eine Veränderung des Präparates nicht eintreten kann.

Herr Fritz *Lesser* fragt, ob die aus einer und derselben Ampulle eingespritzten Patienten alle eine Schädigung bekommen hätten.

Herr *Silbergleit*. Das ließ sich nicht mehr eruieren.

Herr O. *Rosenthal* steht auf dem Standpunkte des Toxikologen Lewin, daß jedes Arsenpräparat durch Arsen wirkt. Arsen ist vielleicht nicht allein das schädliche Agens, aber es ist der Hauptschuldige. Die Ursache liegt nach seiner Ansicht in der Überdosierung, die nicht absolut, aber für den betreffenden Fall zu hoch ist. Wenn nach Ablauf des Ikterus wieder Salvarsan gegeben und gut vertragen wird. so ist das absolut kein Beweis, daß der vorangegangene Ikterus nicht doch durch Salvarsan hervorgerufen wurde. Zur Illustration erwähnt er einen Fall von syphilitischer Polyneuritis, der nach jeder Hg-Einverleibung eine Dermatitis bekam, aber durch Wechsel des Präparates und der Einverleibung schließlich Oleum cinereum-Einspritzungen ausgezeichnet vertrug.

Herr Felix *Pinkus* erwähnt seine Fälle von Ikterus nach Salvarsan und meint, ohne das Salvarsan exkulpieren zu wollen, daß man von ihm nicht mehr Böses sagen sollte, als nötig ist. Die Ingolstädter Fälle lassen auf eine Infektion schließen.

Herr Fritz *Lesser* wendet sich gegen die Anschauung des Pharmakologen Lewin über die Arsenwirkung, da Ehrlich gezeigt hätte, daß es weniger auf die Arsenwirkung, als auf die Verankerung des Präparates einerseits mit den Körperzellen (Organotropie), andererseits mit den Krankheitserregern (Spirillotropie) ankäme.

Herr *Silbergleit*. Welche Infektionskrankheit gibt es, die, mit der Spritze beigebracht, eine so außerordentlich lange Inkubationszeit hat, ohne jede örtliche Erscheinung an der Injektionsstelle verläuft und zur akuten gelben Leberatrophie führt? —

Herr O. *Rosenthal*. Bei einer Infektion durch die Spritze müßten die Fälle alle an einem Tage eingespritzt worden sein, nicht aber in einem so langen Zeitraume. Die Arsenwirkung ist nicht die Ursache allein, sondern der Hauptfaktor.

Herr L. *Pulvermacher* (Schlußwort). Das Salvarsan schafft eine Disposition zur ikterischen Erkrankung auch Wochen nach der Einverleibung unter besonderen Verhältnissen. Die potentielle Energie, die seinen Abbauprodukten innewohnt, ist ein bedeutsamer Faktor. Jedenfalls ist das Salvarsan mitschuldig für die Entstehung eines Ikterus Wochen nach seiner Einverleibung.

Sitzung vom 8. April 1919.

Vorsitzender: Herr O. Rosenthal.
Schriftführer: Herr R. Ledermann.

Herr L. Pulvermacher: Erythrodermie ichthyosiforme congénitale. Das als Hyperkeratose zu charakterisierende Krankheitsbild trägt in zum Teil großer Stärke die Zeichen der Ichthyosis vulgaris. Die Erythrodermie findet hier einen begrenzten, unvollständigen Ausdruck.



Herr L. Pulvermacher: Positive Trichophytinreaktion bei Lungentuberkulose und lichenoiden Tuberkuliden. Die Reaktion war sehr ausgesprochen, obgleich der Kranke niemals eine Trichophytie gehabt hatte.

Aussprache. Herr *Bruhns* hält den ersten Fall für eine Brücke zwischen Ichthyosis congenita und vulgaris.

Herr O. *Rosenthal* erklärt sich mit der Auffassung der beiden Vorredner für einverstanden. Das Auftreten des Leidens im 2. Lebensjahre entspricht dem häufigsten Bilde der Ichthyosis vulgaris, zu dem dieser Fall von Erythrodermie ichthyosique als Anomalie anzuschließen ist.

Herr Heller: Allgemeine Melanose und Hyperkeratose der Fußsohlen im Anschluß an eine Neo-Salvarsan-Quecksilber-Behandlung. Bei weiterer Untersuchung hat es sich herausgestellt, daß es sich nicht nur in diesem, sondern auch in den anderen Fällen um eine Streptokokken-Affektion gehandelt hat.

Aussprache. Herr *Lipman-Wolf* erkundigt sich nach den Hirnbefunden bei den zur Sektion gekommenen Fällen und berichtet über einige Todesfälle nach Salvarsan bei durch Rekurrens geschwächten Patienten.

Herr Fritz Lesser demonstriert die Technik der neuen Ausflockungsreaktionen von Meinicke und Sachs-Georgi.

Aussprache über Haarausfall nach Grippe.

Herr R. *Ledermann.* Einleitende Bemerkungen. L. hat selbst 33 Fälle von akutem Haarausfall nach Grippe behandelt. Der Ausfall langer Haare trat 10 bis 12 Wochen nach der Grippe auf. Die Haare brechen nicht ab, sondern fallen ganz aus mit gut erhaltenem Bulbus. L. glaubt weniger an die hohen Fiebertemperaturen als Ursache, als an eine Toxinwirkung. Die Prognose ist eine gute. Therapeutisch ist besonders die Höhensonne zu empfehlen.

Herr Felix *Pinkus.* Die Pohl-Pincussche Marke an den Haaren beim akuten Haarausfall nach Grippe. Der Fieberhaarausfall ist eine pathologische Mauserung. An den Haaren ist durch die Pohl-Pincussche Marke: „Haarverdünnung, Aufhellung und Verlust des Haarmarkes" die Zeit und Dauer der Grippeerkrankung zu erkennen. Das Kopfhaar wächst täglich 0·3 bis 0·4 *mm.* Jedes lange Frauenhaar lebt zwei Drittel seiner Lebenszeit kräftig mit voller Wachstumsenergie; das letzte Drittel stirbt es ganz allmählich ab; danach bleibt es noch längere Zeit im Follikel stecken. Es ist also stets eine hohe Prozentzahl von Haaren vorhanden, die dem Ausfall nahe sind. Das erklärt mit die Tatsache, daß es plötzlich zu so einem massenhaften Haarausfall kommen kann Gleich nach Aufhören der Krankheit beginnt die Haarbildung von neuem. Die Grundursache des Absterbens der Haare und noch mehr des allgemeinen Neuwuchses ist noch nicht gefunden.

Demonstration zahlreicher instruktiver Kurven von dem Wachstum normaler und durch Krankheit, insbesondere durch Grippe geschädigter Kopfhaare.

Sitzung am 13. Mai 1919 im Rudolf Virchow-Krankenhaus.

Vorsitzender: Herr Buschke.

Herr Buschke: Fall von Salvarsanexanthem. Sehr schwere allgemeine Dermatitis mit Anurie nach 6 Injektionen Neosalvarsan, Dosis II. Besserung nach ausgiebigen Aderlässen.

Herr Brandenburg: Fall von Leukämie, kombiniert mit Lues II—III. Der Fall ist dadurch bemerkenswert, daß neben der lymphatischen Leukämie zahlreiche ulzeröse Prozesse der Haut bestanden, die als syphilitisch angesehen wurden und auch auf Salvarsan zurückgingen. Auf das Blutbild und die Drüsenschwellungen hatte das Salvarsan keinen Einfluß. Ein Zusammenhang zwischen beiden Erkrankungen ist nicht anzunehmen.

Aussprache. Herr *Buschke* erwähnt die sehr weite Verbreitung der z. T. Kokardenform zeigenden papulösen Syphilide und die z. T. in Nierenform sich bei dem Patienten vor der Salvarsanbehandlung präsentierenden Gebilde. Vielleicht handelt es sich bei diesen eventuell um mit Lues vergesellschaftete leukämische Hauttumoren.

Herr von Hansemann demonstriert eine Anzahl Präparate aus dem Gebiete der Syphilidologie und der Hautpathologie. Besonders ausgedehnte gummöse Veränderungen am Herzen, in der Lunge, in Milz und Nieren, ferner ungewöhnlich starke Narbenbildung in der Trachea und das Skelett einer syphilitischen Frau mit typischen Veränderungen an fast sämtlichen Knochen. Endlich Knochenpräparate, die aus sicher präkolumbischen Gräbern Amerikas stammen und die absolut sichere syphilitische Veränderungen aufweisen. Durch solche Knochenreste wird also mit Sicherheit festgestellt, daß in präkolumbischer Zeit in Amerika Syphilis vorhanden war, während an europäischen Gräberfunden aus der gleichen Periode noch niemals syphilitische Veränderungen nachgewiesen wurden.

Herr Wechselmann: Über Unterkiefernekrosen infolge von Quecksilberbehandlung. W. hat 2 schwere derartige Fälle beobachtet. Werner Schulze in Halle hat über 6 ähnliche Fälle berichtet.

Herr Wechselmann: Über syphilitische Polyneuritis. Der Pat. hatte 7 Hg- und 3 Salvarsaneinspritzungen erhalten; danach trat eine Quecksilberdermatitis auf verbunden mit Stomatitis und Nephritis und im Anschluß eine syphilitische Polyneuritis. Durch weitere Salvarsanbehandlung trat Heilung ein.

Aussprache. Herr *Heller* verweist auf seine Arbeiten über Quecksilberneuritis beim Kaninchen.

Herr *Buschke* erwähnt einen Fall von frischer Lues, welcher von anderer Seite mehrere Jahre lang intermittierend nur mit Salvarsan behandelt worden war und bei welchem eine fast vollständige Lähmung aller 4 Extremitäten eintrat, die trotz weiterer Salvarsanbehandlung irreparabel blieb.

Herr *Wechselmann.* Solche Lähmungen können bei jedem Salvarsanpräparat eintreten, da es sich um syphilitische Wurzelneuritiden handelt, welche man jetzt Neurorezidive nennt.

Herr Wechselmann: Vorstellung von 6 Fällen von Ikterus bei Syphilitischen. Alle 6 haben Salvarsan weiter bekommen und der Ikterus schien sogar schneller zu schwinden.

Aussprache. Herr *Buschke* hat ebensoviel derartige Fälle beobachtet, und wenn der Ikterus durch diätetische Maßnahmen nicht zurückging,



denselben als Folge von Leberlues aufgefaßt und denselben schnell mit wenigen Sublimat- und Kalomel-Injektionen zum Verschwinden gebracht.

Herr Buschke: 1. Fall von Hydroa vacciniforme (?). Obgleich die späte Entstehung, die Entstehung der Blasen und ihr Abheilungsmodus nicht berechtigt, eine typische Hydroa vacciniforme anzunehmen, so blieb doch keine andere Diagnose.

2. Fall von Hyperkeratose mit eigenartigem Verlauf. Gegen eine Acanthosis nigricans sprach die histologische Untersuchung. Ob es sich um einen eigenartigen Fall von Lupus erythematodes handelt, ist fraglich.

3. Fall von Schrumpfung der Haut an beiden Unterschenkeln ohne Ekzeme und Ulcus cruris und ohne nennenswerte Varizen. Möglicherweise handelt es sich um ein besonderes Krankheitsbild, welches vielleicht auf Zirkulationsstörungen zu beziehen ist.

4. 2 Fälle, welche Nervenstörungen nach Behandlung mit Silbersalvarsan aufwiesen.

5. Fall von Ulcus molle am inneren Fußrand.

6. Fall von zerebraler Lues, kompliziert durch hysterische Symptome. Die Patientin ist von Jugend auf hysterisch.

Aussprache. Herr *Wechselmann* erinnert an die von ihm beschriebene Peroneuslähmung, welche von Waltershöfer als eine schwere Nervenschädigung durch Salvarsan bezeichnet wurde.

7. 10jähriger Knabe mit ganz akuter typischer Pityriasis rubra pilaris.

8. Handtellergroßes ulzeriertes Karzinom am Gesäß einer 74jährigen Frau.

9. Rezidivierender Pemphigus bei einem 8jährigen Knaben.

10. Universelles Exanthem (Dermatitis scarlatiniformis). Es handelt sich entweder um eine Salvarsandermatitis oder um ein einfaches Arsenexanthem.

11. Demonstration mikroskopischer Präparate.

a) Lungenembolie mit Abszeßbildung nach Kalomelinjektion. Es handelt sich um einen Fall von sehr schwerer Spätlues. Pat. vertrug die ersten 4 Kalomelinjektionen sehr gut. Nach der 5. trat Lungenembolie ein, der die Pat. am nächsten Tage erlag.

Aussprache. Herr Fritz *Lesser* fragt, ob die Pat. während der Injektionsbehandlung innerlich Jodpräparate genommen hat. Das würde die Embolie leicht erklären.

Herr *Buschke* bestätigt, daß die Frau Jodkali bekommen hat.

b) Präparate, welche Sproßpilze im Eiter und Gewebe erkrankter Haut bei dem Pseudorotz der Pferde zeigen. Es handelt sich um eine kleine Epidemie des sogenannten „falschen Rotzes“ der Pferde, welche in Rußland beobachtet wurde.

12. Demonstration von Moulagen seltener Fälle.

a) Nahezu über den ganzen Körper verbreitete Neurodermitis acuta diffusa (Lichen simplex diffusus).

b) Psoriasis verrucosa.

c) Leuco sarcomatosis cutis.
d) Fall von schwerstem Lupuskarzinom.
e) Hyperkeratosis palmaris disseminata congenita.
f) Gonorrhoische Hyperkeratose.
g) Lupus elephantiasticus.
h) Alopecia diffusa.
i) Nävuskarzinom der Fußsohle.
k) Hautmetastasen eines Schilddrüsenkarzinoms.
l) Lichen ruber verrucosus.

Herr Levy-Dorn: Demonstrationen zu den Erscheinungsformen der Syphilis im Röntgenbilde.

a) Lungenlues. Einigermaßen charakteristische Bilder liefert die interstitielle schwartenbildende Form.

b) Knochensyphilis.

Herr Eicke: *a*) Klinisch-serologische Beobachtungen bei primärer Syphilis. Die Wassermannsche Reaktion tritt bei dem Primäraffekt am Bändchen am frühesten auf. Die anatomischen Verhältnisse liegen hier am günstigsten. Erstmalig in der 3. bis 4. Woche, regelmäßig von der 5. bis 6. Woche an findet sich hier die positive Reaktion. Bei Primäraffekten an der Eichel tritt die Serumreaktion erst jenseits der 3. Woche auf. desgleichen bei Schankern am inneren Vorhautblatt. Besonders bei diesen ist der Zusammenhang zwischen ihrem Auftreten und dem Grade der Inguinaldrüsenschwellung deutlich. Überhaupt ist die Stärke der Inguinaldrüsenschwellung beim Primäraffekt ein direkter klinischer Maßstab für das Vorhandensein der Reaktion.

b) Die klinische Bedeutung der Goldsolreaktion. Es handelt sich bei der Goldsolreaktion um die gegenseitige Ausflockung entgegengesetzt geladener Kolloide, dem Goldsol und den durch entsprechende Kochsalzverdünnung in Lösung gehaltenen pathologisch vermehrten Globulinen und Nukleoproteiden des Liquors. Der normale, mit 0·4 Kochsalzlösung verdünnte Liquor verändert das Goldsol nicht. Die Goldsolreaktion gibt Auskunft, ob der Liquor normal, ob er entzündlich syphilitisch verändert oder entzündlich nicht syphilitisch verändert ist. Die Goldsolreaktion ist also nach 3 Richtungen hin spezifisch. Damit steht sie an der Spitze sämtlicher Liquorreaktionen, die sie zudem noch an Feinheit übertrifft.

Herr W. Fischer: *a*) Demonstration von Mikrosporie-Fällen.

b) Demonstration von Pilzkulturen auf verschiedenen Nährböden. Die während des Krieges verwandten Ersatznährböden, besonders die Bierwürze, sind nicht immer von gleicher Qualität und ersetzen nicht die französische Maltose und das französische Pepton. Die mehr oder weniger weitgehenden Verschiedenheiten von den dabei auftretenden Kulturformen machen einen Vergleich der Befunde der einzelnen Autoren außerordentlich schwierig.



Herr O. *Rosenthal* dankt für die interessanten Krankenvorstellungen und Ausführungen, besonders aber Herrn Buschke für die Veranstaltung und Leitung dieser Sitzung im Namen der Berliner dermatologischen Gesellschaft. Immerwahr (Berlin).

Verhandlungen der Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Sitzung vom 8. Januar 1919.

Ansprache des Präsidenten Renault, worin er seine Befriedigung über den Sieg ausdrückt, der verstorbenen Mitglieder gedenkt, namentlich Fourniers, Jacquets und Gauchers und zu neuer wissenschaftlicher Arbeit aufmuntert, die der Kriegsanstrengung ebenbürtig sein soll.

Leredde. Die Behandlung der Syphilis während der Kriegszeit. Methoden und Resultate. Leredde glaubt, daß die Luetiker in der Armee nur unzureichend behandelt worden seien und übt Kritik an dem Rundschreiben des Unterstaatssekretärs. Er schätzt die Neuinfektionen in der Armee auf Hunderttausende. Er glaubt. daß $^3/_4$ derselben nach dem Kriege ungeheilt blieben und die Krankheit in der Heimat weiter verschleppen. Gleich bei Ausbruch des Krieges hätte viel energischer gegen die Krankheit vorgegangen und nach den Erfahrungen der Vorkriegszeit die Sterilisation angestrebt werden sollen.

Diskussion. Simon und *Milian* halten die von Leredde angegebenen Zahlen von Neuinfektion für kolossal überschätzt. *Milian* schätzt die Zahl der jährlichen Neuinfektionen in der Armee auf ungefähr 5000 und nimmt die Behandlungsmethode in der Armee gegenüber den Angriffen von Leredde in Schutz. Er wird dabei unterstützt von *Gougerot*, der die Behandlung des Militärs während des Krieges für besser hält als die der Zivilpersonen. Auf die Frage von *Thibierge*, wie lange ein Syphilitiker im Spital behalten werden sollte, antwortet *Leredde:* 2—3 Monate d. h. bis die Wa.-R. negativ geworden ist.

Gougerot. Bazilläre Dermoepidermatitiden des Krieges (strepto- und staphylogen). Gougerot hebt die große Bedeutung der Dermoepidermatitis während des Krieges hervor, die, nicht erkannt, zu monatelanger Spitalsbehandlung führe und den Mann dienstuntauglich mache, während sie bei richtiger Therapie in 2—6 Wochen zur Heilung gebracht werden könne. Die Krankheit stellt eine Infektion der Kutis und insbesondere der Epidermis dar, befällt gewöhnlich große Hautflächen und ist bedingt durch Strepto- und Staphylokokkeninfektionen oder beide zusammen. Sie ist hauptsächlich um verletzte Hautstellen lokalisiert. Er unterscheidet eiternde, nässend-erosive, ekzematoide, trockene, schuppende und polymorphe Formen mit einer großen Zahl von Unterabteilungen.



Jamin. Über 29 Fälle von Arsenexanthem. Jamin beobachtete in einer dermatologisch-venerologischen Abteilung in Tunis 29 Fälle von Arsenexanthem bei eingeborenen Rekruten, die, um sich der Dienstpflicht zu entziehen, ein Gemisch von Thapsia und Honig mit Beimengung von Arsentrisulfat eingenommen hatten. Eine einzige Einnahme dieser Mischung hatte genügt, um folgende Intoxikationserscheinungen hervorzurufen: Am 2. Tage nach der Einnahme zeigten sich mit oder ohne Allgemeinerscheinungen linsengroße, runde, rote Flecke an der Streckseite der Extremitäten, die am anderen Tage zusammenflossen und sich allmählich über den ganzen Körper ausbreiteten, der dann wie bei einer akuten Erythrodermie aussah. Im allgemeinen konnte der Vortragende 2 Formen unterscheiden: 1. eine leichte Form, bei der Allgemeinsymptome fehlten und bei der auch die Mundschleimhaut verschont blieb. Nach 3 Tagen erfolgt eine kleienförmige Abschilferung wie nach Masern. Kein Pruritus. 2. Eine schwere Form, bei der es zu allgemeiner Mattigkeit, Kopfschmerzen, Diarrhoen, Appetitlosigkeit, häufig Epistaxis und Fieber bis 40 kommt. Das Exanthem, anfänglich morbilliform, wird bald skarlatiniform. Dabei können quaddelartige Papeln, Erythema exsudativum multiforme und erysipelartige Plaques auftreten, die aber alle nur vorübergehenden Charakter haben, um einer gleichmäßigen Rötung zu weichen. Auch Blasen vom Charakter der Brandwunden sollen dabei vorkommen. Bei einigen Fällen bestand Jucken. Auch die Mundschleimhaut wird betroffen in Form von Blasen wie auf der Haut. Der Temperaturabfall erfolgt lytisch, ebenso geht der Puls zurück und kann bis unter 50 pro Minute fallen. Das Allgemeinbefinden liegt noch lange Zeit wie bei Typhus darnieder. Im Urin häufig Albumen. Die Abschuppung erfolgt lamellenförmig, oft in Form von großen Fetzen. Nach der Abschuppung bleibt noch eine Monate lang dauernde Pigmentierung zurück.

Jamin. Fall von Erythrodemia exfoliativa nach der Einnahme eines „cachet Faivre" (Oxichinothein). Es wird eine Moulage des Falles von Darier demonstriert.

Milian. Epidermocanaliculitis gonorrhoica an der Penisraphe. Milian sah bei einem Soldaten einen ungefähr zentimeterbreiten Strang an der Penisraphe, der entzündlich gerötet und vorspringend war und aus verschiedenen Fisteln Eiter entleerte. Der Eiter enthielt Gonokokken. Die Affektion soll sich bei einer Urethralgonorrhoe entwickelt haben und schon 6 Monate bestehen. Der Strang wurde exzidiert und histologisch untersucht. Es zeigte sich, daß nicht, wie klinisch vermutet wurde, eine Lymphangitis vorhanden war, sondern daß es sich um einen mit Pflasterepithel ausgekleideten Kanal handelte, der auf einen mangelhaften Verschluß des urogenitalen Kanals zurückzuführen und gonorrhoisch infiziert war.

Chadzynski. Welches ist die wirkliche Bedeutung der Wassermannschen Reaktion für die Diagnose und Behandlung der Syphilis? Der Autor kommt angesichts der vielen mög-





lichen Irrtümer, die teils in den Laboratorien vorkommen, teils in dem zufälligen Zustand des Patienten gelegen sein können und da die Reaktion nicht spezifisch sei und die Patienten in falsche Sicherheit wiege, zum Schlusse, daß die Wa.-R. mehr gefährlich als nützlich sei und daß man sich deshalb weder bei der Diagnose noch bei der Therapie von ihr leiten lassen solle.

Diskussion. In der Diskussion werden die offenbar noch unter dem Kriegseinfluß leidenden, etwas leichtfertigen Ausführungen des polnischen Vertreters von *Milian*, *See* und *Leredde* einer berechtigten Kritik unterworfen und die Bedeutung der Wa.-R. ins richtige Licht gestellt, während sie von Ravaut als nicht absolut beweiskräftig für die Diagnose der Lues bezeichnet wird. So könne sie bei Lepra, Skarlatina, bei Angina Vincenti und bei Tuberkuliden positiv sein, während sie hie und da auch bei manifesten Erscheinungen negativ ausfalle.

Sitzung vom 13. März 1919.

Milian, G. Durch Hg geheilte Chorea syphilitica. Fall von Chorea bei einem 21jährigen Mädchen, das Zeichen von hereditärer Lues und eine positive Wa.-R. aufwies. Auf $1^1/_2$ *cg* Hg cyanatum intravenös starke Steigerung der choreatischen Bewegungen während 48 Stunden, diese Verschlimmerung wird von Milian auf die Herxheimersche Reaktion zurückgeführt. Unter weiterer Hg-Behandlung erfolgte in kurzer Zeit vollständige Heilung. Dieser Fall bestärkt den Verf. in seiner Ansicht von der syphilitischen Natur der Chlorea.

Diskussion. Nach *Queyrat* ist *Milian* zu exklusiv mit seiner Annahme der syphilitischen Ätiologie der Chorea. Man müsse neben der Lues auch eine gut definierte infektiöse Chorea annehmen, die rheumatischen Ursprungs sei. Daneben gebe es eine hysterische Chorea. Auch *Balzer* glaubt, daß es neben einer rheumatischen eine syphilitische Chorea gebe. *Milian* gibt zu, daß es neben der Lues noch andere Infektionen gebe, die Chorea erzeugen können.

Blum, P. Fall von Parapsoriasis gutata.

Fall von Parapsoriasis in Form von hanfsamen- bis linsengroßen, leicht schuppenden, schwach roten Flecken, die generalisiert über den Körper verbreitet sind bei einem 19jährigen Manne. Patient weist Zeichen einer tuberkulösen Lungenaffektion auf. Der histologische Befund sprach für eine Parapsoriasis.

Fernet und Kolopp. Fall von Xanthoerythrodermia perstans.

Verf. stellen einen Fall von Xantho-Erythrodermia perstans bei einem 36jährigen Manne vor. Die von Crocker beschriebene Affektion zeigt sich in Form von rundlichen bis ovalen, kaum über die Haut erhabenen schwach roten bis ockergelben, nagel- bis 2 frankstückgroßen Flecken, die an der Stirn, am Rumpf und den Beinen lokalisiert sind. Bei der Palpation zeigt sich eine leichte Infiltration. Schuppung sehr unbedeutend. W.-R. negativ.

Brocq, in dessen Abteilung der Fall zur Beobachtung kam, hält die Affektion für nahe verwandt mit der Parapsoriasis. Die stärkere Ocker-



farbe, die größere Widerstandskraft gegenüber dem „grattage métodique" und die weniger ausgesprochene Schuppenbildung lasse sie aber von der Parapsoriasis unterscheiden.

Fernet und Scheikievitch demonstrieren einen Fall von Erythrodermia generalisata mit Drüsenschwellung bei einem 61jährigen Manne. Neben der Rötung bestand Infiltration und Schuppenbildung, sowie stellenweise (Gelenksfalten) leichtes Nässen und zeitweiser intensiver Pruritus. Trotz Röntgen-Bestrahlung zunehmende Drüsenschwellung und Hypertrophie der Tonsillen. An den Handtellern und Fußsohlen Keratodermie. Nägel deformiert. Im Blute eine leichte Leukozytose. Der histologische Befund von Darier lautet auf Leukämieverdacht.

Jeanselme und Touraine demonstrieren einen Fall von zosterähnlich auf der Rückseite des linken Arms und der linken Thoraxseite lokalisierter Psoriasis. Sie machten dabei die Lumbalpunktion und fanden aber nur unbedeutende Abweichung der Lumbalflüssigkeit. Trotzdem wollen sie die Beteiligung des Nervensystems bei diesem Fall nicht ganz ausschließen.

Bloch und Lévy demonstrieren einen 25jährigen Soldaten mit einem Lupus am linken untern Augenlid und einer Infiltration an der Vorder- und Seitenfläche links am Hals, die mehrmals punktiert wurde und bei der jeweilen Eiter entleert werden konnte. Es handelt sich um ein großes Infiltrat, das aus nußgroßen Knoten zusammengesetzt ist, die im Unterhautzellgewebe liegen. Die Drüsen sind intakt. Histologisch handelt es sich um abgekapselte Herde von Lymphozyten und Riesenzellen ohne Tuberkelbildung. Tuberkelbazillen konnten nicht gefunden werden. An einigen Stellen peripheriewärts konnten Tuberkelbildungen konstatiert werden.

Diskussion. Darier hält die Affektion am Hals für ein subkutanes Sarkoid.

Gougerot und Bonnin demonstrieren einen Fall von Granuloma annulare an den Händen bei einer 36jährigen Frau ohne tuberkulöse Antezedentien. Patientin zeigt mehrere Herde an den Fingern und einen Herd an der Ulnarseite der rechten Hand. Die Entwicklung ging nicht exzentrisch vor sich, sondern soll mehr serpentinenartig verlaufen sein Histologisch handelt es sich nicht um ein Granulom, sondern um einen tuberkuloiden Bau der Läsionen. Ob die Affektion den Tuberkuliden zuzurechnen ist, wagen die Autoren nicht zu entscheiden.

Gougerot. Fall von netzförmig angeordnetem Pemphigus an der Vorderseite der Oberschenkel, der Frühling und Herbst rezidiviert bei einer 40jährigen Frau. Die Blasen haben unregelmäßige Formen, sind länglich, sternförmig usw. und konfluieren schließlich zu gewaltigen flasken Säcken. Die Affektion entwickelt sich gewöhnlich in 3—5 Tagen, verläuft unter leichtem Jucken ohne Alteration des Allgemeinbefindens. Nach Abheilung der Blasen bleibt eine lichenoide papulo-squamöse Haut an Stelle der affizierten Hautpartien zurück. Die Epidermis ist leicht



verdickt, etwas squamös, schwach rosarot bis bräunlich violett verfärbt, etwas pigmentiert, wie bei Lichen keratosus.

Broussolle, J. demonstriert 2 Kabylen, die in einer Teerdestillationsfabrik beschäftigt waren und an Akne im Gesicht und zum Teil an den Beinen und Vorderarmen litten. Die zu leistende Arbeit bestand in der Bedienung der Naphthalinpresse, wobei sie sich oft auf die Presse legten. Bei dem Verdampfen gingen Öldämpfe in die Luft über, die besonders beißend gewesen sein sollen, und mit denen das Gesicht, die nackten Streckseiten der Vorderarme und die Knie der Arbeiter in Berührung kamen. Broussolle macht die Öldämpfe des Naphthalins für die Entstehung der Akne verantwortlich, wobei die Seborrhoe als begünstigendes Moment wirkt. Die Akne bestand hauptsächlich aus Komedonen und zum geringen Teile aus Akneknötchen. Pusteln fehlen ganz. Eine gute Körperpflege, bestehend in reichlichen Seifenwaschungen, soll das beste Prophylaktikum sein.

Milian demonstriert einen Mann, der wegen einer syphilitischen Hemiplegie 12 Injektionen von je 1 *cg* Hg cyanat. intravenös bekommen hatte und zwar 3 Injektionen pro Woche. Trotz dieser Behandlung entwickelte sich auf der rechten Kopfseite eine gewaltige syphilitische Ulzeration, an der Stelle, wo Pat. einige Monate früher ein Trauma erlitten hatte. Auf tägliche Injektionen von Hg cyanat. in toto 20 heilte die Ulzeration. Milian warnt vor zu schwachen, zu kurzen und unregelmäßig fortgesetzten Behandlungen, da sie das Erscheinen von luetischen Erscheinungen provozieren können.

Diskussion. Milian wird unterstützt von *Leredde*, der in solchen Erscheinungen eine Reaktivation sieht, während *Darier* meint, daß die ungenügende Behandlung einfach die weitere Entwicklung einer luetischen Läsion nicht verhindert habe.

Simon und Gastinel haben an Hand von 90 Primäraffekten vor, während und nach der Behandlung vergleichsweise die Wassermannsche und Hechtsche Blutreaktion geprüft und gefunden, daß die Hechtsche Reaktion früher, regelmäßiger und dauernder zu konstatieren ist als der Wassermann. Trotzdem glauben sie nicht, daß die W.-R. durch Hecht ersetzt werden könne, da man sonst leicht zu falschen Resultaten gelangen könne, teils wegen Überschuß, teils Fehlens des natürlichen Komplements oder Hämolysins der Sera.

Simon und Couratte-Arnaude empfehlen zur Epilation das Calcium sulfuricum besonders bei Follikulitiden, Pediculi pubis, Ekzem der behaarten Körperteile, Impetigo. Die Epilation gehe ohne Hautreizung vor sich und das Epilatorium entfalte zugleich eine desinfizierende Wirkung. Die Nachteile desselben sind die geringe Haltbarkeit und der stechende Geruch des Mittels, weshalb es sich hauptsächlich für die Spitalbehandlung eigne.

Du Castel teilt einige Fälle von Basedowscher Erkrankung mit, bei denen Dermatosen auftraten und zwar beobachtete er Alopecia areata, Ekzeme und Pyodermien. Er glaubt, daß diese Affektionen wegen



des zeitlichen Zusammentreffens in einer gewissen Beziehung zum Basedow stehen könnten.

Du Castel empfiehlt zur Behandlung der Draconculose (Filiariaerkrankung) Einreibungen mit Unguentum cinereum. Einerseits werden dadurch die Infiltrate resorbiert, andererseits die Würmer getötet. Du Castel teilt die Krankengeschichte eines von ihm beobachteten Falles kurz mit.

Diskussion. Jeanselme und *Goubeau* wollen Fälle von Filiaria mittels intravenöser Novarsenobenzolinjektionen geheilt haben.

Touraine hat bei 10 Fällen von Vitiligo die Lumbalpunktion gemacht und folgendes konstatiert: In 8 Fällen war die Reaktion abnormal und zwar war bei 5 Patienten die W.-R. positiv, es bestand Hyperalbuminurie und Lymphozytose. Bei 3 andern Fällen fehlte die eine oder andere Reaktion und nur 2 Fälle verhielten sich normal auch nach der Reaktivation. Die Veränderungen zeigten sich um so deutlicher, je jünger die Fälle waren, während schon lange bestehende Fälle — 12 und 27 Jahre — eine normale Reaktion aufwiesen.

Milian empfiehlt bei Lues verdächtigen Patienten, die eine positive W.-R., aber eine negative Anamnese und einen vollkommen negativen Status aufweisen, die Diagnose ex juvantibus zu versuchen. Er hat in einem solchen Falle ein deutliches Schwächerwerden der Reaktion nach der Hg-Kur beobachtet. Zum Vergleiche empfiehlt er auch andere Affektionen mit positiver W.-R. wie die Lepra zu prüfen.

Goubeau demonstriert einen Senegalesen mit pigmentierten Plaques auf der Zunge und zwar an Stelle von sog. „Plaques fauchées". Bei einem andern Falle sollen diese Pigmentierungen auf die spezifische Behandlung hin nicht verschwunden sein.

Diskussion. Darier schlägt vor, diese Affektion nicht Pigmentsyphilis zu nennen, sondern Syphilides nigricantes, welcher Ansicht sich auch Balzer anschließt. Milian hat einen analogen Fall in Beobachtung.

Fernet. 35jähriger Mann erkrankt an Lues und bekommt innerhalb eines Jahres ungefähr 24 *g* Novarsenobenzol und 5 *cg* Hg cyanat. Trotz dieser intensiven Arsenmedikation bekommt Patient wieder erosive Läsionen am Skrotum, die auf Jod und Hg rasch abheilen. Fernet glaubt, daß in diesem Falle eine spezielle As-Resistenz bestanden oder daß eine allmähliche Angewöhnung des Organismus stattgefunden habe.

Sitzung vom 10. April 1919.

Fernet und Scheikevitch demonstrieren einen Fall von generalisierter Erythrodermie mit Hyperepidermotrophie sowie Läsionen vom Charakter der Pityriasis rubra pilaris an den Fingerrücken, den Handgelenksrücken und am Hals. Es bestehen auch Veränderungen von der Form der Sklerodaktylie und sklerodermatischer Atrophie am übrigen Körper. Die Veränderungen sind nicht kongenital, sondern haben sich erst in den letzten 5 Jahren bei einem 51jährigen Manne



entwickelt. Auf Schilddrüsenpräparate soll jeweilen eine vorübergehende Besserung eingetreten sein. Diagnostisch wird der Fall am ehesten für eine Übergangsform von Pityriasis rubra pilaris und Erythrodermia ichthyosiformis mit Hyperepidermotrophie, Dermoatrophie und Sklerodaktylie gehalten.

Fernet stellt einen Fall zur Diagnose vor. Es handelt sich um einen 27jährigen, sonst gesunden Mann, der eine hochgradige Rötung der gesamten Körperhaut, mit Ausnahme des Kopfes, Halses und der Beugefalten aufweist. Auch die Handteller und Fußsohlen sind kaum betroffen. Allgemeinbefinden sehr gut. Die Rötung ist fast scharlachartig. Dazu besteht eine teils kleienförmige, teils lamellöse Schuppenbildung. Mikroskopisch Dilatation der Blutgefäße und Infiltration mit Lymphozyten und fixen Bindegewebszellen. Im Blute eine leichte Eosinophilie. Subjektiv kein Jucken. Es werden differentialdiagnostisch eleminiert die Dermatitis exfoliativa acuta, subacuta, die Pityriasis rubra Hebrae, die Erythrodermia praemycotica fungoides und die Leukämide.

Thibierge und Mercier demonstrieren eine 24jährige Frau, die nach Novarsenobenzolinjektionen rote Flecke bekam, die allmählich einen bräunlichen Farbenton annehmen, ähnlich den Antipyrinexanthemen.

Hudelo und Chabanier. Fall von starker Lymphombildung am Hals und im Mediastinum mit pruriginösen Läsionen auf der Haut. Im Blute eine leichte Leukozytose. Der Fall wird von den Autoren als „Prurigo lymphadénique" bezeichnet, in Deutschland unter dem Namen Lymphogranulomatose bekannt.

Fernet und Scheikevitch demonstrieren einen Fall von generalisierter Vakzine bei einem Stallknecht.

Jeanselme und Touraine. Fall von Urticaria pigmentosa mit starker Hypertrophie der Milz und leichter Vergrößerung der Leber bei einem 41jährigen Manne. Die Affektion soll im Alter von 15 Jahren begonnen haben und schubweise aufgetreten sein. Im Blute positive Wa.-R., im Lumbalsekret ist sie negativ. Das Blut zeigt eine leichte Anämie und Leukopenie. Auf Röntgen-Bestrahlungen der Milz tritt eine bedeutende Verkleinerung derselben sowie der Leber ein. Das Blutbild wird besser und die Schübe von Urticaria pigmentosa verschwanden. Die Dermatose ist in Rückbildung.

Diskussion. Gestützt auf den positiven Wa. wünscht *Leredde* eine genauere Untersuchung auf Lues und antiluetische Behandlung. *Pellier* vermißt die Biopsie. *Jeanselme* läßt klinisch keine Zweifel an der Diagnose zu. Ob der Urticaria pigmentosa ätiologisch eine Lues zugrunde liege, könne nicht entschieden werden. *Simon* hat einen Fall von U. p. gesehen, bei dem die Wa.-R. negativ war.

Lacapère weist auf die Differenzen der Toxizität der einzelnen Novarsenobenzolampullen hin. Es ist ihm aufgefallen, daß manchmal bei einer Serie von Injektionen der Dosis 0·45 starke toxische Wirkungen




aufgetreten sind, während mit stärkeren Dosen einer anderen Serie die Nebenerscheinungen ganz unterblieben. Er empfiehlt eventuell gleichzeitig mit dem Neosalvarsan subkutan Adrenalin zu injizieren.

Diskussion. Pautrier bestätigt die Ausführungen von Lacapère. Einzelne Serien erwiesen sich als defekt. Auch *Lévy-Franckel* hat üble Zufälle bei gewissen Serien von Novarsenobenzol und sogar 2 Todesfälle gesehen. Es sei nötig, sich die Nummern der Ampullen zu merken, die zu Nebenerscheinungen führen. *Pinard* macht auf den verschiedenen Gehalt an As der französischen Präparate und des deutschen Präparates aufmerksam. Die französischen Präparate sollen 21·42 und 27·44% As, das deutsche 20·74% enthalten. Die ideale Formel sollte nach Cousin 32·18% As Gehalt haben. *Emery* hat ebenfalls mit gewissen Serien unangenehme Zufälle erlebt. Daneben empfiehlt er zur Vermeidung der Krisen sehr langsames Einspritzen der Lösungen und Verwendung von vorgängigen kleinen Dosen. *Leredde* behauptet, daß ein gut zubereitetes Novarsenobenzol nicht toxisch sei. Die Herxheimersche Reaktion sei die gewöhnliche Ursache des Todes. Die inneren Organe werden in der Regel zu wenig untersucht und andererseits seien die Dosen vielfach zu hoch, so im Falle von Bory. *Bory* wehrt sich; bei seinem Falle sei der Tod nach der 4. Injektion — Dosis 0·75 — aufgetreten, nachdem 0·3, 0·45 und 0·6 gut vertragen worden seien.

Gastinel und Pellier. Fall von Favus am Skrotum bei einem 15jährigen Knaben.

Du Castel hat bei einem Bataillon von annamitischen Jägern eine Epidemie von Achromie beobachtet, die speziell auf das Gesicht, den Hals und die oberen Thoraxpartien beschränkt war und sich in Form von kleinen und z. T. größeren unregelmäßigen Flecken zeigte. Du Castel nimmt eine parasitäre Ätiologie an. 3 Fälle werden etwas eingehender besprochen.

Sitzung vom 3. Mai 1919.

Leredde sucht seine in der früheren Sitzung gemachte Angabe über die Zunahme der Syphilis während des Krieges um mehrere Hunderttausende durch neue Argumente zu begründen und hält sie aufrecht.

Diskussion. Gaston verlangt eine genaue Statistik, da manchmal derselbe Fall zweimal gezählt worden sei.

Balzer. Fall von kongenitaler Dermoidzyste auf der Unterseite des Penisschaftes, die gonorrhoisch infiziert und durch eine zweimalige Exzision beseitigt wurde.

Leredde bespricht die Bedingungen, unter denen die meisten Todesfälle bei Salvarsanbehandlung eingetreten sind. Neben Fehlern der Technik — zu große Dosen im Beginn der Behandlung — spielt die Herxheimersche Reaktion nach dem Autor die Hauptrolle. Die Patienten müssen in Bezug auf das Nervensystem und die inneren Organe vor Beginn der Kur sehr genau untersucht werden, Es müsse die Toleranz der Kranken stets durch sehr kleine Dosen eruiert werden. Nachher könne dann allmählich zu sehr hohen Dosen, bis 0·9, ja 1·2, übergegangen werden.



Lacapère macht Mitteilung von 5 Todesfällen, die bei der Behandlung mit Novarsenobenzol aufgetreten sind. Beim ersten Fall handelte es sich um eine Blutung im Bereiche der Protuberantia. Der Tod ist nach einer Injektion von 0·45 Novarsenobenzol aufgetreten, nachdem 0·15 und 0·3 gut vertragen worden waren. Beim 2. Patienten ebenfalls nach 0·45 Novarsenobenzol Tod im Koma. Keine Autopsie. Verf. hält es für wahrscheinlich, daß ein toxisches As-Präparat vorgelegen habe. Beim 3. Fall trat der Tod 5 Tage nach einer einmaligen Injektion von 0·1 Novarsenobenzol auf. Beim 4. nach einer Injektion von 0·1 Galyl. Beim 5. Fall handelte es sich um eine Malaria mit erschlafftem Herzmuskel. Der Tod trat nach 0·3 Novarsenobenzol im Kollaps auf.

Diskussion. Leredde glaubt, daß die Herxheimersche Reaktion bei den Todesfällen die Hauptrolle spiele. Er führt einen Fall an, der ihm in diesem Sinne zu sprechen scheint. *Sabouraud* glaubt sicher zu sein, daß es toxische Serien von Novarsenobenzol gebe. Er hat bei der gleichen Nummer einer Serie bei 45 Patienten Nebenerscheinungen gesehen. Gougerot glaubt, daß zur größten Sicherheit kleine Mengen eines frischen Lotes in den größeren Spitalsabteilungen geprüft werden sollten, bevor das Präparat in den Handel gegeben werde. *Milian* will keine toxischen Serien gesehen haben. Er meint, daß manchmal kleine Risse in den Ampullen Schuld an den üblen Zufällen sein könnten. *Thibierge* glaubt, daß es nur vereinzelte schlechte Serien gegeben habe. Das Präparat als solches dürfe deshalb nicht als schlecht bezeichnet werden. *Emery* glaubt nicht, daß im allgemeinen die defekten Präparate schwere Erscheinungen machen. Hingegen nimmt er an, daß es Serien gebe, die Ikterus machen können. *Milian* widerspricht der ikterogenen Theorie des Novarsenobenzols von Emery. Nach ihm ist der Ikterus ein hepatisches syphilitisches Rezidiv. *Lévy-Bing* hat keine Nebenerscheinungen in Serien gesehen, höchstens vielleicht 5 benigne Fälle von Spätikterus.

Queyrat hat vergleichende Untersuchungen angestellt über die Wirkung verschiedener As-Präparate, denen er bei der Behandlung der Lues I und II bei weitem den Vorzug gibt. Geprüft hat er das 606, Arsenobenzol — das 914 oder Novarsenobenzol und das 102 oder Galyl. Queyrat kommt zum Schlusse, daß das Arsenobenzol resp. Altsalvarsan bei weitem das wirksamste Präparat darstelle. Zugleich soll es am wenigsten gefährlich sein. Mit dem Neosalvarsan will er weniger häufig eine negative Reaktion erzielt haben und letztere war nicht so andauernd zu konstatieren. Die Rezidive sollen häufiger aufgetreten sein. Er empfiehlt, das 914 aufzugeben. Um unangenehme Zwischenfälle mit dem Arsenobenzol zu vermeiden, empfiehlt er folgende Vorsichtsmaßregeln: Das von der Apotheke bezogene destillierte Wasser muß nochmals mittels eines Destillators aus Glas nachdestilliert werden. Die Kupfergefäße sind zu vermeiden, da das Wasser sonst eine saure Reaktion bekomme. Dem destillierten Wasser sind 7‰ NaCl zuzufügen. Die Lösung des Novarsenobenzols hat im Verhältnis von 1 : 50 zu geschehen. Bei der Alkalisierung muß eine 15%ige Sodalösung verwendet werden und zwar muß noch ein Drittel der Tropfenzahl zugesetzt werden, die zur Klärung des



Niederschlages nötig waren, sonst bekomme man keine beständigen Lösungen. Es müsse ein Disodo-Arsenobenzol hergestellt werden. Bei den Nebenerscheinungen glaubt Queyrat, daß es sich in vielen Fällen um eine Nebenniereninsuffizienz handle. Dafür scheinen ihm die Hypotension der Arterien, der sog. weiße Nebennierenstreifen, das Verhalten der Lumbalflüssigkeit und der gute Erfolg der Adrenalinbehandlung zu sprechen. Was das Luargol betrifft, so soll es in der Wirkung betreffend das Negativwerden der W.-R. ungefähr dem Novarsenobenzol entsprechen, aber weniger toxisch sein. Es soll aber eine sehr gute Wirkung bei der Syphilis des Nervensystems haben und dort hauptsächlich verwendet werden.

Diskussion. Lafay erklärt die chemischen Umwandlungen des Arsenobenzols bei der Alkalinisierung resp. Lösung des Präparates. *Leredde* meint, daß Queyrat mit seiner Ansicht in Bezug auf die Überlegenheit des Altsalvarsans über das Neosalvarsan vielleicht Recht habe, ohne daß er indessen geneigt ist, so große Differenzen anzunehmen. Was L. energisch fordert, das ist die Lumbalpunktion nach dem Negativwerden der Blutreaktion. *Emery* teilt die Meinung des Vortragenden und gibt dem 606 ebenfalls den Vorzug.

Gougerot, Clara und Bonnin. Fall von atypischer Psoriasis an den Händen, Vorderarmen, Knien und Ellbogen, sowie im Gesicht. Die Affektion gleicht klinisch einer Psoriasis guttata, weicht aber durch Besonderheiten vom gewöhnlichen Bilde der Psoriasis ab. Die Effloreszenzen sind mehr papulös, die Schuppen mehr staubförmig. Das Häutchen fehlt und statt der punktförmigen tritt eine mehr diffuse Blutung auf. Auch das histologische Bild weist Besonderheiten auf, so daß die Autoren den Fall vorläufig nicht genau klassifizieren können.

Gougerot sucht an Hand einiger Beobachtungen den Nachweis zu erbringen, daß die sog. „fausse teigne amiantacée d'Alibert" oder das seborrhoische Ekzem des behaarten Kopfes bakterieller Natur ist und zwar vermutet er in erster Linie Streptokokken eventuell in Verbindung mit Staphylokokken oder einer weiteren Bakterienart. Der Übergang von Impetigo, Intertrigo retroauricularis usw. ins seborrhoische Ekzem scheint ihm für seine Theorie zu sprechen.

Gougerot weist auf den Polymorphismus der strepto- und staphylogenen erythematösen squamösen Dermoepidermitiden hin. Die geläufigsten Formen seien: 1. Die Pityriasis simplex des Gesichtes; nach Sabouraud streptogener Natur. 2. Die erythematös-squamöse Form, die aussehe, wie wenn die Haut mit Kolloidum überzogen wäre. 3. Die erythematös-squamöse Form, ähnlich einem trockenen Ekzem. 4. Die asbestähnliche Form — teigne amiantacée. 5. Die psoriasisähnliche Form. 6. Die Form „en carapace" mit 1—2 *mm* dicken Krusten. 7. Die pergamentartige Form.

Diskussion. Gastou macht darauf aufmerksam, daß diese Dermoepidermitiden häufig künstlich unterhalten worden seien, ohne daß eine Fistel vorhanden war.



Clément Simon demonstriert einen Dilatator praeputii, dann eine Nadel zur Blutentnahme für die Wa.-R., die analog der Straußschen Nadel ist.

Sitzung vom 12. Juni 1919.

Fernet und Scheikevitch demonstrieren einen Fall von Lichen ruber planus und acuminatus, der auch Läsionen an der Mundschleimhaut und herdförmigen Haarausfall darbot. Die Affektion begann mit Ulzerationen an der linken Ferse und an der Zunge, die von den Autoren als traumatisch aufgefaßt wurden. Da zunächst die Frage einer luetischen Infektion in Betracht gezogen wurde, leiteten sie eine antiluetische Behandlung mit Novarsenobenzol und Kalomel ein, die aber ein negatives Resultat ergab.

Fernet und Scheikevitch. Fall von Darierscher Psorospermosis bei einem 60jährigen Manne, der mit Bläschenbildung am Rumpf begann, vom Charakter eines akuten Ekzems oder einer Impetigo, ziemlich stark juckend. Erst allmählich bildeten sich festhaftende, kleine, braune, schwarze Krusten, die zum Teil in kleine follikuläre Knötchen eingelassen waren. Der von Darier verifizierte histologische Befund war typisch. Therapeutisch gab nur die Röntgenbehandlung einen Erfolg.

Hudelo und Barthélemy demonstrieren eine 46jährige Munitionsarbeiterin, die Granaten zu zählen und zu verpacken hatte. Sie kam dabei mit dem die Granaten umgebenden Öl in Berührung. Es entwickelte sich bei ihr eine starke Pigmentierung an den unbedeckten Körperteilen, besonders im Gesicht, am Hals und den oberen Brustpartien. Die Pigmentierung war an diesen Partien gleichmäßig und bronzeartig, während an den Handrücken und Streckseiten der Vorderarme mehr eine punktförmige Pigmentierung bestand. An den letzteren Stellen bestand zudem eine follikuläre Hyperkeratose. Die Autoren führen die Affektion auf die im Öl vorhandenen pulverförmigen Stahlteile zurück und glauben, daß es sich um eine Art Tätowierung handle. Nach Aussetzen der Arbeit trat denn auch bald Besserung auf.

Burnier. Fall von Mastitis syphilitica diffusa bei einer 42jährigen Ehefrau. Die Affektion trat 8 Jahre nach der luetischen Infektion auf. Letztere war nur unzureichend mit Pillen behandelt worden. Die Affektion war diffus an der linken Brust zu konstatieren in der Größe einer Orange ohne bestimmte Grenzen. Die darüber liegende Haut war mitbeteiligt und sah orangenschalartig aus. Wa.-R. positiv. Auf eine antiluetische Kur trat rasche Besserung ein.

Darier, Ferrand und Mircouche demonstrieren einen Fall von Skleremie oder ödematöser Sklerodermie von Hardy. Die Affektion betrifft fast den ganzen Körper mit Ausnahme der Finger und der Zehen und zeigt sich in Form von skleröser Verdickung der Haut, so daß das Relief der kontrahierten Muskeln verschwindet. Eine Faltenbildung bei seitlichem Druck ist nicht möglich. Keine Pigmentierung, sondern violette Verfärbung der frisch affizierten Partien, während



die sklerös-atrophischen Hautpartien mehr eine wachsartige Farbe aufweisen. Auf Thyreoideapräparate deutliche Besserung.

Diskussion. Darier möchte die Affektion, gestützt auf den guten Erfolg der Thyreoideapräparate mit dem Myxödem in Beziehung bringen. *Brocq* hebt ebenfalls die gute Wirkung der Thyreoidea hervor, lehnt aber, wie für die Dupuitrensche Kontraktur, eine Beziehung zum Myxödem ab. Dubreuilh ist skeptisch in Bezug auf die Wirksamkeit der Thyreoideapräparate bei Sklerodermie und glaubt, daß solche Fälle in einigen Jahren auch spontan heilen können. *Milian* hebt neben der guten Wirkung der Thyreoidea auch diejenige der Ovarialpräparate bei Frauen hervor. Es handelt sich nach ihm bei Sklerodermie und Sklerodaktylie um eine polyglanduläre Insuffizienz. Ätiologisch komme eventuell auch die Tuberkulose in Frage.

Brocq, Belot und Sankewitch empfehlen zur Behandlung der subkutanen Hautknoten nach Kampferinjektionen die Elektrolyse mit dem negativen Pol. Auch der galvanische Strom und die Röntgentherapie mittels 3 *mm* dicken Aluminiumfiltern geben gute Resultate.

Dufourmentel. Fall von ausgedehnter Plastik bei einem Kriegsverletzten. Es wurden dem Manne der Mundboden, die Unterlippe, der Unterkieferknochen und das Kinn ersetzt. Bemerkenswert ist, daß der Mundboden der Wange entnommen wurde und daß sich die äußere Haut der Funktion als Mundboden angepaßt hat. Andererseits wurde die Kinnhaut dem Haarboden entnommen und mittels zwei Stielen der Lappen über das Gesicht an die benötigte Stelle geklappt. Es bildete sich ein Bart, der vom ästhetischen Standpunkte aus sehr befriedigte. Das Gesamtresultat war ein sehr gutes.

Civatte und Eliascheff demonstrieren einen Fall von Poikilodermie bei einer 41jährigen Köchin. Betroffen sind die seitlichen Gesichts- und Halspartien, die oberen seitlichen Brustpartien, die Schultern und die Arme bis zu den Vorderarmen. Die Affektion zeigt sich in Form von netzartig angeordneten braunfleckigen Atrophien z. T. mit kleinen varikösen Gefäßerweiterungen.

Diskussion. Queyrat wünscht Wa.-R., da die Pigmentsyphilis ähnliche Läsionen setzen könne. Nach *Darier* kommt nach dem histologischen Befunde Syphilis nicht in Betracht.

Balzer und Barthélémy. Fall von fast totaler Alopekie, bei dem post morten eine hochgradige tuberkulöse Entartung beider Nebennieren konstatiert werden konnte.

Dubreuilh demonstriert einen Annamiten aus Indo-China, der an sog. Tokelau leidet. Es finden sich schuppende Plaques im Gesicht, am Hals, den Armen und Händen, am Gesäß, den Knien und den Füßen. Die Herde sind girlandenförmig angeordnet und widerstehen jeglicher Therapie. Die Affektion breitet sich stetig weiter aus. Mikroskopisch lasse sich eine große Menge von Parasitenfäden nachweisen.

Dubreuilh demonstriert gewöhnliche und radiologische Photographien von einem Leprösen, bei dem es zufolge der Lepra zur Resorption des Metatarsus gekommen ist ohne Sequesterbildung.



Leredde kritisiert die unzureichende Behandlung und Aufklärung der Syphilitischen in den Spitälern und Polikliniken. Er verlangt vor allem aus Fürsorgestellen nach Quartieren, wo die Luetiker gründlich behandelt werden können. Die großen Spitalkonsultationen hätten mehr eine Sichtung des Materials vorzunehmen und was nicht hospitalisiert wird, den Fürsorgestellen zuzuweisen.

Diskussion. Leredde wird unterstützt von *Baudouin*, *Queyrat* und *Milian*, die ebenfalls die Fürsorgestellen empfehlen, die bemittelten Patienten aber von der Gratisbehandlung ausnehmen möchten. *Clément Simon* macht auf die Adnexabteilung für Syphilitische in dem Spital von Brocq aufmerksam, wo für Laboratoriumsuntersuchung, Behandlung usw. genügend gesorgt ist und die eine Fürsorgestelle vollständig ersetzen.

Montpellier und Lacroix. Fall von Mikrosporie in Algier, bedingt durch das Mikrosporon lanosum. Fälle von Mikrosporie, bedingt durch das Mikrosporon Audouini sollen in Algier unbekannt sein. Rasche Heilung mittels Röntgenstrahlen.

Montpellier macht auf die Häufigkeit der Seborrhoe bei den Muselmanen Algiers aufmerksam und weist andererseits hin auf die Seltenheit der Glatze. Dieses Moment scheint M. nicht so sehr für die seborrhoische Ätiologie der Glatze zu sprechen.

Gougerot, Goulier und Vaslin. Fall von Ulzerationen an der Zunge, die alle Charaktere luetischer Gummata aufwiesen. Die Salvarsanbehandlung gab aber nur einen vorübergehenden Erfolg. Wa.-R. negativ. Mikroskopisch waren fuso-spirilläre Bazillen nachweisbar, so daß die Diagnose auf Angina Vincenti gestellt werden mußte. Lokale Betupfungen mit wässerigen Neosalvarsanlösungen brachten bald völlige Heilung.

Schulmann und Tribaut. Fall von Angina Vincenti am Seitenrand der Zunge, der unter der Diagnose Primäraffekt ins Spital geliefert wurde. Mikroskopisch handelte es sich um die Symbiose von Spirillen mit fusiformen Bazillen. Klinisch um eine übelriechende Ulzeration, die in der Mitte einen schmutzigen Belag aufwies mit Drüsenschwellungen am Unterkiefer. Auf Betupfungen mit Methylenblau und Spülungen mit H_2O_2 trat in 14 Tagen Heilung ein. Die Wa.-R. war vor und nach der Behandlung negativ.

Diskussion. Goubeau will zahlreiche Fälle von Angina Vincenti beobachtet haben. *Pulverrilh* betont, daß diese Ulzerationen nicht selten bei Stomatitis ulcerosa vorkommen und therapeutisch gut durch Betupfung mit Chromsäure zu beeinflussen seien. *Queyrat* betont die gute Wirkung der lokalen Novarsenobenzolbetupfungen, während das Medikament intravenös zu versagen scheine.

Lévy-Franckel berichtet über eine „crise nitritoide" nach einer intravenösen Injektion von kolloidalem Schwefel-Quecksilber. Es handelt sich um eine 20jährige Patientin, die wegen Lues zunächst mit Hg und einigen Novarsenobenzol- und Disodo-Luargol-Injektionen behandelt worden war. Nach den letzteren trat jeweilen kurz dauerndes Fieber und etwas Unwohlsein auf. Nach einer intravenösen Injektion von 0·01 kolloidalem Schwefel-Quecksilber traten sofort fol-



gende Symptome auf: Schnupfen mit starker seröser Sekretion, Behinderung der Nasenatmung mit Dyspnoe, Kongestion des Gesichtes, Heiserkeit, Schwierigkeiten im Schlucken, Zeichen von akuter Bronchitis. Subjektiv Geschmack von S im Munde. Während der Nacht Schüttelfrost und starkes Kältegefühl der Extremitäten. Am folgenden Tage waren sämtliche Erscheinungen verschwunden.

Bouveyron empfiehlt zur Behandlung der geschlossenen Gonorrhoe — Epididymitis, Arthritis gonorrhoica, Salpingitis usw. — intramuskuläre Enesolinjektionen. Sie sollen ähnlich wirken wie die Gonokokkenvakzine.

Gougerot demonstriert einen Soldaten mit einer Narbe nach einer Kriegsverletzung an der Hand. Die Narbe hat die Eigentümlichkeit, daß sie verrukös und lichenifiziert ist und stark juckt. Die Begrenzung ist scharf und der Saum hat einen rotvioletten Farbenton.

Gougerot, Clara und Bonnin demonstrieren einen Fall von pigmentierter Papillomatose mit Porokeratose an den Handtellern und papulovesikulösen Effloreszenzen. Sie stellen keine bestimmte Diagnose.

Sitzung vom 19. Juli 1919.

Der neugewählte Vorsitzende Brocq hält eine bemerkenswerte Rede, worin er namentlich die jüngere Generation zu energischer Arbeit auffordert. Er wünscht eine Organisation der Arbeit und Zusammenschluß der wirksamen Kräfte, um möglichst fruchtbringende Resultate zu bekommen. Frankreich dürfe nicht nur nach dem Ausland Umschau halten, sondern müsse die großen Probleme der Dermatologie selbst lösen. Dazu sei es kraft seines kritischen Geistes berufen.

Pinard demonstriert einen Fall von syphilitischer Superinfektion. Im November 1918 Primäraffekt mit positiver Wa.-R. Pat. bekommt 2·3 *g* Novarsenobenzol. Klinisch geheilt, serologisch nicht mehr untersucht. Am 14. Mai 1919 verkehrte Pat. mit seiner Frau, die an abheilenden sekundär luetischen Erscheinungen litt. Ein Monat später wieder Ulzus an der Penishaut vom Charakter eines Primäraffektes mit Drüsenschwellungen in den Leisten und kurze Zeit darauf zeigten sich sekundär-luetische Effloreszenzen am Rumpf. Wa.-R. positiv. Pinard glaubt, daß es sich um eine Superinfektion handle in Anbetracht namentlich des kurzen II. Inkubationsstadiums — 14 Tage — zwischen primärer und sekundärer Erscheinung.

Périn demonstriert einen Fall von Acanthosis nigricans bei einer 46jährigen Frau, wobei die Veränderungen der Mundschleimhaut bemerkenswert sind. Die Zunge ist in ihrem vorderen Bereiche zottig, ebenso die Oberlippe, während die Unterlippe einen mehr samtartigen Charakter aufweist. Am harten Gaumen finden sich hufeisenförmig angeordnete papillomatöse Wucherungen von 2—3 *mm* Größe. Auch an der Wangenschleimhaut und am Zahnfleischrand finden sich leicht papilläre Wucherungen. Das histologische Bild ist typisch. Von



karzinomatösen Veränderungen innerer Organe kann bis jetzt nichts nachgewiesen werden trotz Abmagerung und allgemeiner Asthenie.

Diskussion. Brocq macht auf die scharfe Begrenzung der Läsionen am harten Gaumen aufmerksam, was bewirke, daß die Veränderungen mehr einer Papillomatose gleichen.

Thibierge und Gastinel demonstrieren eine bandförmige Sklerodermie, die von dem äußeren Ende der rechten Augenbraue über die Stirn bis zur Gegend der großen Fontanelle verläuft. Im Bereiche der Parietalgegend zeigt sie eine leichte Vertiefung und in diesem Bereiche ist auch der Knochen leicht atrophisch.

Tzanck. Fall von Encephalitis acuta bei einer 27jährigen Frau, die einige Jahre zuvor Dosen von 0·9 Novarsenobenzol gut vertragen, auf Dosen von 0·6 aber auch schon Kopfschmerzen bekommen hatte. Dazu entzündliche Erscheinungen von Seite der Zerebrospinalflüssigkeit — Albuminurie, Lymphozytose, vermehrter Druck. Wa.-R. blieb lange Zeit positiv. Pat. bekam dann 4 Jahre lang nur Hg. Es wurde dann wieder ein Versuch mit Novarsenobenzol gemacht. Auf 0·075 Übelkeit. Auf 0·1, die 8 Tage später injiziert wurden, sofort Kongestion und Ameisenlaufen im Gesicht, starke Kopfschmerzen, nachher Gesichtsblässe, verlangsamte Atmung, Herztöne kaum hörbar. Puls nicht mehr fühlbar. Sphinkterenlähmung. Bewußtseinsverlust. Koma dauert 20 Minuten. Nach 10 Minuten langer künstlicher Atmung kommt das Bewußtsein wieder. Aber ungefähr 6 Stunden lang klagt Pat. noch über Übelkeit, Kopfschmerzen, erschwerte Respiration, Erbrechen und Diarrhoe. Sie bleibt sehr blaß. Therapeutisch bekam Pat. Adrenalin intern, intramuskulär und subkutan, je $^1/_2$ *mg*, später $^1/_4$ *mg* intravenös, worauf rasche Besserung und allmählich komplette Heilung eintrat.

Lacapère und Galliot demonstrieren einen Fall von syphilitischer Reinfektion. Pat. soll vor 10 Jahren schon einen Primäraffekt gehabt haben, der auf eine einzige intramuskuläre 606 Injektion geheilt sei. Nachher keine Behandlung mehr bis zur gegenwärtigen Infektion, die sich in Form eines sekundären luetischen Exanthems, mit Resten eines Primäraffektes und positiver Wa.-R. zeigt. Die erste Beobachtung scheint allerdings nicht ganz beweisend gewesen zu sein.

Carle macht auf die Wichtigkeit der klinischen Untersuchung bei der Interpretation der Wa.-R. aufmerksam, sowie auf die exakte Technik der Ausführung der Reaktion. Nur dann habe die Wa.-R. einen unbestreitbaren Wert. Dieses Urteil fällt Carle gestützt auf seine Erfahrungen in der Armee. In einem gut geleiteten Laboratorium hatte er folgende Ergebnisse: Im I. Stadium d. h. 50 Tage post infectionem hatte er 80% positive Reaktionen, im II. Stadium 93% und im III. Stadium 86%. Bei nicht Spezifischen bekam er 90% negative Resultate.

Goubeau empfiehlt folgende Technik der Wa.-R., um Fehlerquellen möglichst zu eliminieren: 1. Es muß stets die Originalmethode nach Bordet-Wassermann gemacht werden mit auf 56° erhitztem Serum und mit einem Antigen, das aus hereditär-syphilitischer Leber hergestellt und nach Konvention vereinheitlicht ist; 2. dieselbe Methode muß mit



frischem Serum nach Hallion-Bauer gemacht werden; 3. die Ersatzmethoden dürfen nie allein gemacht werden; 4. es muß eine einheitliche Meßmethode eingeführt werden. Goubeau gibt der Skala von Vernes den Vorzug. *Leredde* erklärt, gestützt auf seine Erfahrungen, daß es nicht genüge, einen frisch infizierten Luetiker Wassermann negativ zu bringen, um eine Heilung zu garantieren. Stets müsse noch die Lumbalflüssigkeit untersucht werden. Es zeigen sich da häufig noch entzündliche Erscheinungen auch bei negativem Blutbefund. Gut sei es, wenn die Lues auch noch leicht behandelt werde, wenn die Lumbalflüssigkeit normal geworden sei. Er erwähnt einen Fall von Roseola, der von Anfang an sehr energisch mit Novarsenobenzol behandelt wurde und bei dem auch die Lumbalflüssigkeit nach der Behandlung entzündliche Erscheinungen aufwies. Die Wa.-R. war trotz wiederholter Behandlung nie ganz negativ zu bringen. Es zeigen sich weitere Erscheinungen in Form von Zittern der Hände, Steigerung der Patellarreflexe und Abnahme des Gedächtnisses. Leredde vermutet, daß es sich in diesem Falle um eine beginnende Paralyse handeln könnte.

Pinard beobachtete 2 Fälle von Pityriasis rosea im 1. Inkubationsstadium der Lues. Beim 1. Fall bestand die Eigentümlichkeit, daß die Eruption etwa 6 Monate dauerte und mit braunen Pigmentflecken abheilte. Pinard will die Affektion öfters bei Individuen gesehen haben, die allgemein leicht mitgenommen waren und besonders ist ihm aufgefallen, daß beginnende Tuberkulöse an Pit. rosea erkrankten. Es müsse gewissermaßen ein Terrain vorhanden sein, damit sich die Krankheit entwickeln könne. Pit. rosea-Kranke müssen auch späterhin noch einige Zeit unter Kontrolle gehalten werden.

Diskussion. Clément Simon hat in den letzten 2 Monaten etwa 10 Fälle von Pityrosea beobachtet, die aus der gleichen Gegend — Umgebung von Paris — stammten. Die Affektion scheine zu gewissen Zeiten einen epidemischen Charakter zu haben. *Brocq* will die Pityriasis rosea in dem Entwicklungsstadium der Lues häufig beobachtet haben. Auch bei Allgemeinstörungen komme sie vor, aber auch bei sonst gesunden Leuten.

Pinard. 2 Fälle von zirzinären Tuberkuliden am Gesäß, die die Form eines C hatten. Wa.-R. bei beiden Fällen negativ, die antiluetische Kur versagte. Klinisch glichen die Fälle einer tubero-serpiginösen III. Lues.

Pinard berichtet über 4 Fälle von Paraplegie nach Arsenbehandlung der Lues. Der 4. Fall heilte nach Wiederaufnahme einer sehr energischen Arsenbehandlung, so daß Pinard eine Arsenintoxikation für ausgeschlossen hält und eher geneigt ist, eine Herxheimersche Reaktion anzunehmen, weshalb er eine weitere As-Behandlung für indiziert hält.

Diskussion. Leredde scheint der letzte Fall Pinards zu beweisen, daß es sich in solchen Fällen um eine Myelitis syphilitica handle.

Gougerot hat 3 Fälle von angiomatösen Nävi beobachtet, die sich bei einem Fall nach einer Verletzung und in den zwei anderen Fällen nach Erfrierung entwickelt hatten.

Gougerot demonstriert einen Fall von ausgedehnter Vitiligo, der sich in der Umgebung einer Kriegsverletzung entwickelt hatte und nach der Operation zum Stillstand kam, d. h. die Vitiligo entwickelte



sich nicht mehr weiter. Nichts von Nervenstörungen oder luetischen Erscheinungen nachweisbar. G. hält den Vitiligo für eine näviforme Dystrophie, bei der die hereditäre Lues eine der Hauptursachen darstelle. Die Syphilis komme aber dabei nicht einzig in Frage.

Sitzung vom 13. November 1919.

Darier teilt ergänzend zu seinem in der Sitzung vom 10. Juli vorgestellten Falle von Akanthosis nigricans mit, daß Pat. nun deutliche Zeichen eines abdominalen Tumors darbiete und zwar handle es sich wahrscheinlich um ein Magenkarzinom mit Lebermetastasen.

Goubeau demonstriert eine Arbeit von Lagage, der einige technische Angaben macht, um die Unregelmäßigkeiten im Ausfall der Wa.-R. nach Möglichkeit zu vermeiden. Er verlangt namentlich ein praktisch einheitliches Meerschweinchenserum.

Fernet und Nahan. Fall von Kalkablagerungen im Unterhautzellgewebe der Finger bei einem 16jährigen Mädchen. Die Größe der Knoten schwankt von Stecknadelkopf- bis Haselnußgröße. Es handelt sich um Ablagerungen von phosphorsaurem und kohlensaurem Kalk. Es besteht eine leichte Akroasphyxie der Finger und hin und wieder das Phänomen der sog. toten Finger. Um die Kalkablagerung findet sich eine Reaktion des Bindegewebes in Form von großen Riesenzellen mit sehr zahlreichen Kernen. Die Autoren vermuten, es könnte sich um die von Milian beschriebenen „Granulomes calcaires souscutanés" handeln.

Diskussion. Milian bestätigt die Analogie dieses Falles mit seinen publizierten Fällen. Auch *Darier* schließt sich dieser Auffassung an.

Milian, Sauphar und Thibaut demonstrieren einen Fall von Granuloma annulare bei einem 8jährigen Kinde. Die Wa.-R. war einmal positiv, nachher ohne spezifische Behandlung negativ. Neosalvarsaninjektionen blieben ohne Einfluß auf die Affektion. Die Wa.-R. blieb ebenfalls negativ. Histologisch handelt es sich um eine Hyper- und an der am stärksten vorspringenden Stelle um eine Parakeratose. In der Kutis Degeneration des Bindegewebes und Anhäufung von epitheloiden Zellen und Riesenzellen ohne Verkäsung. Die Autoren glauben, daß dieser Befund zu Gunsten einer tuberkulösen Ätiologie des Gr. annulare sprechen.

Diskussion. Darier empfiehlt therapeutisch Skarifikationen, da man oft nach Probeexzisionen Teile des Tumors verschwinden sehe. *Milian* sah nach der Biopsie bei diesem Falle keine Besserung. Er will bei einem anderen ausgedehnten Falle Übergänge von granulomaähnlichen Knoten zu lupösen Knötchen gesehen haben.

Milian und Blum demonstrieren einen Fall von Erythem mit Purpura bei einem 42jährigen Manne, der Zeichen von Plethora und zugleich von leichter Anämie darbot. Es handelte sich um größere Plaques an den Armen und Beinen, am Abdomen und z. T. am Rücken zwischen den Schulterblättern. Die Plaques bestehen aus roten Flecken, untermischt mit Purpuraflecken. Auf Druck nehmen die Erythemflecke




einen gelblichen Farbenton an. Allgemeinbefinden sonst gut. Kein Jucken. Die Affektion besteht seit Wochen und ist schon zum 3. Male aufgetreten. Ursache nicht eruierbar.

Diskussion. Goubeau will einen gleichen Fall beobachtet haben bei einer Patientin, die anno 1916 an Skorbut litt. *Darier* meint, man müsse bei solchen Fällen auch an die Poikilodermia Jakobi denken.

Clément Simon wünscht, daß von der Gesellschaft die Frage des Ehekonsenses der Syphilitiker neu studiert werde.

Milian empfiehlt statt der alten Behandlungsmethode der Skabies mittels Bürste und Schwefelsalbe die zweimalige Anwendung der Kaliumpolysulfatsalbe und nachheriges Bad. Die Methode sei billiger, erübrige das Bürsten mit Schmierseife, das schmerzhaft und oft irritierend sei. Zugleich schone sie die Kleider und setze weniger Infektionen.

Diskussion. Die Polysulfatsalbe wird weiter empfohlen von *Darier* und *Goubeau. Sabouraud* empfiehlt, die alte und neue Methode nebeneinander zu prüfen, was von *Thibierge* angenommen wird.

Bory, L., tritt für die parasitäre Natur der Psoriasis ein und berichtet über einen Fall, bei dem sich im Anschlusse an Wanzenstiche eine Psoriasis entwickelt hatte und zwar wandelten sich die Stiche nach 8 Tagen allmählich in typische Psoriasisherde um. Allmählich breitete sich die Affektion auch über nicht gestochene Stellen aus, um schließlich den ganzen Körper zu überziehen. Mikroskopisch fand Bory im Reizserum kleine unregelmäßige Stäbchen, die sich nach Tanninbeizung mittels polychromem Methylenblau gefärbt hatten. Die Stäbchen sollen am ehesten dem Mikrosporon minutissimum geglichen haben. Kultur nicht möglich. In vielen anderen Fällen fand der Autor die Stäbchen nicht, so daß er an Verunreinigungen denkt. Der Pat. betrifft einen Krankenwärter, der Psoriasiskranke zu behandeln hatte und B. glaubt, daß die Möglichkeit einer Übertragung des Psoriasisvirus mittels Wanzen möglich gewesen sei.

Diskussion. Darier wünscht, daß die Frage der Psoriasis einer speziellen Kommission zum Studium übertragen werde.

Leredde berichtet über einen Fall von papulo-vesikulösem Ekzem sowie über einen Fall von Prurigo diathésique, die durch Novarsenobenzolinjektionen gebessert wurden. Beim ersten Fall handelte es sich um eine luetische Hypertrophie der Leber und das Ekzem trat erst nach der 2. Injektion auf, verschwand aber dann auf weitere Injektionen total, ebenso der Juckreiz. Der 2. Fall betraf ein 13jähriges Fräulein, dessen Vater an Pupillendifferenz leidet, die von Leredde auf Lues zurückgeführt wird. Bei der Pat. bestanden lichenifizierte Plaques am Hals und den Gelenkbeugen der Arme und Beine, die wir als neurodermitisch zu bezeichnen pflegen. Dazu litt sie an asthmatischen Anfällen. Auf Novarsenobenzol zunehmende Besserung der Plaques und Verschwinden des Asthmas.

Bei einem 3. Falle handelte es sich um ein subakutes Ekzem an den Wangen bei einem Mädchen, das von syphilitischen Eltern



stammte, ohne daß es Zeichen von hereditärer Lues darbot. Auf Hektininjektionen Heilung.

Auch einen Fall von generalisiertem Pruritus mit diffuser Pigmentierung bei negativer Wa.-R. sah L. nach Hektininjektionen verschwinden. Der Mann der Patientin litt an Lues.

Leredde glaubt, es könnte sich in diesen Fällen um sogenannte Hämatodermitiden luetischen oder paraluetischen Ursprungs handeln.

Diskussion. Renault macht darauf aufmerksam, daß man schon lange die günstige Wirkung des Arsens auf die Prurigo Hebrae kenne, ohne daß deshalb die luetische Natur der Affektion involviert sei. *Milian* sagt, daß Fournier den hereditär-luetischen Ursprung der Prurigo Hebrae öfters nachgewiesen habe.

Balzer demonstriert alte Ampullen von Novarsenobenzol und Galyl, die in Glykose oder Öl gelöst waren und die zur intramuskulären Injektion dienten. Die Ampullen wiesen eine veränderte Farbe auf: statt Bernsteingelb waren sie rot bis bräunlich. Balzer mußte vorsichtshalber hin und wieder solche Ampullen vom Gebrauche ausschließen, sah aber nie irgendwelche Intoxikationserscheinungen dabei. Öfters sollen die dunkleren Ampullen sogar etwas weniger Schmerzen verursacht haben, als die normalfarbigen.

Diskussion. Mouneyrat will diese Veränderungen nicht auf das Präparat selbst, sondern auf die Vehikel, speziell die Glykose, zurückführen, die manchmal nicht rein sei und öfters Spuren von Eisen enthalte. Die Veränderung soll nicht eintreten, wenn statt Glykose Lävulose verwendet werde. Nach *Balzer* ist die Farbenänderung auch bei alten Ölampullen zu konstatieren.

Burnier. Fall von Primäraffekt am Vorderarm nach einer Brandwunde. Der Fall betrifft einen Heizer, der neben einem Lokomotivführer diente, der an Plaques muqueuses litt. Burnier vermutet Übertragung des luetischen Virus durch den letzteren mittels Lappen oder anderer Gebrauchsgegenstände.

Burnier. Fall von Sklerodermie, die nach einem Trauma an den Unterschenkeln an der Stelle des letzteren aufgetreten ist. Auf die ödematöse folgte die skleröse Phase.

Montpellier und Laurens. Fall von Tabes bei einem eingeborenen Muselmanen Nordafrikas. Die Symptome sind typisch. Luetische Infektion anno 1911 zugegeben. Daneben war Patient früher starker Alkoholiker. Wie weit der Alkoholismus am Ausbruch der Tabes beteiligt ist, wagt der Autor nicht zu entscheiden.

Uruena, J. G. Fall von Xeroderma pigmentosum bei einem 8 Jahre alten Mexikaner. Die Affektion hatte die Eigentümlichkeit, fast über den ganzen Körper ausgebreitet zu sein mit Veränderungen an der Zungenspitze, wo kleine rote und achromische Flecke bestanden. Die Affektion soll im Anschlusse an Masern im Alter von $1^1/_2$ Jahren begonnen haben.

Sitzung vom 18. Dezember 1919.

Spillmann und Watrin. Fall von Xanthoma papulosum et generalisatum bei einem 9jährigen Knaben, der mit Cholesterinä-



mie und Diabetes insipidus verbunden war. In den histologischen Präparaten sollen hauptsächlich Cholesterinäther, weniger neutrales Fett in den Zellen nachweisbar gewesen sein.

Gastinel und Legrain demonstrieren einen 45jährigen Schuhmacher, der an einem Primäraffekt des harten Gaumens, übergreifend auf das linke Zahnfleisch, mit sekundär-luetischen Erscheinungen leidet. Zugleich besteht eine Erosion von 20 Centimesstückgröße am vorderen Zungenrand rechts. Pat. ist zahnlos und trägt eine Prothese. Bei der Arbeit nimmt er die Prothese heraus und hat die Gewohnheit, die kleinen Nägel in den Mund zu nehmen, die bei der Arbeit verwendet werden. Da diese Nägel häufig der Schachtel eines Nachbargesellen entnommen werden, vermuten die Autoren, es könnte auf diesem Wege eine luetische Übertragung stattgefunden haben. Bestimmte Anhaltspunkte hiefür haben sie aber nicht. Eine venerische Infektion lehnen sie ab, da Patient seit 10 Monaten keinen Verkehr gehabt haben soll.

Legrain und Pellier demonstrieren einen Fall von Sporotrichose mit einer krustösen, verrukösen Läsion an der Nase und ektymatoiden Läsionen der Extremitäten ohne Lymphangitis. Kulturell konnte das Sporotrichon nachgewiesen werden.

Diskussion. Gougerot fragt nach der Behandlung. Nach ihm ist die verruköse Form viel schwerer zu heilen als die ulzeröse, eine Ansicht, die auch von *Brocq* geteilt wird. Gougerot hat in solchen Fällen lokale Injektionen mit Jodjodkalilösungen gemacht. In einzelnen Fällen hat er zur Radiotherapie und Heißluftapplikation gegriffen. *Simon* hat bei einem Falle von wuchernder Aktinomykose mit gutem Erfolge intravenöse KJ-Injektionen in Dosen von 0·5 jeden 2. Tag gemacht.

Parin und Périn demonstrieren einen Fall von Lupus erythematodes, bei dem neben der typischen Schmetterlingsform im Gesicht kleinere Herde im Gesicht, an der Oberlippe und an den Händen bestehen. Daneben lassen sich typische große Plaques von Lupus erythematodes an beiden Fußsohlen konstatieren.

Diskussion. Leredde fragt nach der Wa.-R. Nach *Parin* wurde sie nicht ausgeführt. *Brocq* bezeichnet den Lupus erythematodes der Plantae als eine große Seltenheit.

Montpellier und Marchand haben innerhalb von 2 Jahren 19 Fälle von malignen Hauttumoren bei den Eingeborenen Nordafrikas beobachtet, von denen 18 Epitheliome und nur ein Fall ein Sarkom war. Sie haben auch die übrigen Ärzte, die hauptsächlich Eingeborene zu behandeln haben, nach der Häufigkeit der malignen Hauttumoren gefragt und mit ihren Beobachtungen übereinstimmende Antworten bekommen. Es wurde allgemein beobachtet, daß die malignen Tumoren bei den Eingeborenen relativ häufig vorkommen und daß der Krebs bei weitem das Sarkom überwiegt.

Lacapère hatte auf einer längeren sanitarischen Inspektion in Marokko Gelegenheit, den Ursachen der Malignität der Lues bei den eingeborenen Arabern nachzuforschen. Er kommt zum Schlusse, daß es hauptsächlich die Malaria ist, die den Blutdruck stark erniedrigt und



dadurch Anlaß zur Malignität der Lues gibt. Durch den niedrigen Blutdruck komme es in den luetischen Läsionen weniger zur Resorption, sondern zur Nekrose und zum Zerfall. Auch der Mangel an Alkohol führe zu einem niedrigen Blutdruck. Nach Lacapère erklärt sich daraus das häufige Vorkommen der Malignität bei den Arabern, die Abstinenten sind und auch sehr häufig an Malaria leiden, während die Senegalesen, die mehr auf den Kämmen des Atlas wohnen, von Malaria frei bleiben und zugleich Wein trinken, sehr selten an maligner Lues erkranken. Ein spezielles Virus brauche demgemäß nicht angenommen zu werden. Das erkläre auch das Versagen der Hg-Therapie bei maligner Lues, da Hg den Blutdruck herabsetze, während die Arsenpräparate mit der blutdrucksteigernden Wirkung ein rasches Verschwinden der ulzerösen Läsionen bewirke.

Diskussion. Queyrat sagt, er hätte schon lange den arteriellen Blutdruck bei Lues I und II studiert und gefunden, daß er dabei stets herabgesetzt sei. Man müsse zwischen schwerer und frühzeitiger maligner Syphilis unterscheiden. Bei der ersteren finde man Spirochäten, bei der letzteren sollen sie fehlen. Brocq hat früher die maligne Lues mit Jod-Hg-Kakodylat behandelt.

Lévy-Franckel und Jacob ließen bei 49 Psoriatikern die Lungen radiologisch untersuchen und es wurde in 16 Fällen eine normale und 27 mal eine pathologische Lunge festgestellt, während in 6 weiteren Fällen die Läsionen äußerst minimal waren. Bei den stärkeren Veränderungen fanden sich Marmorierungen, Zwerchfellsadhärenzen, graue Lungen mit Spitzen, die sich beim Husten nicht aufhellten, sklerösen Peribronchitis. Die Autoren wollen aus diesen Beobachtungen den Schluß ziehen, daß ein tuberkulöses Terrain der Entwicklung einer Tuberkulose günstig sei.

Eliascheff demonstriert einen Fall von Epilepsie mit Hautveränderungen, die sich hauptsächlich auf die Knie und Ellbogen, Oberschenkel, Gesäß, Rücken, Gesicht und Ohren beschränken. Die Läsionen bestehen in hanfkorn- bis 2 frankstückgroßen und größeren braunen Flecken und flachen Knoten. Stellenweise fließen die Knoten zu polyzyklisch geformten Infiltraten zusammen. Von den größeren Flecken zeigen einige einen erhabenen Rand und ein etwas eingesunkenes Zentrum ohne Atrophie. Keine Transparenz, keine Ulzeration, keine Desquamation, weder Jucken noch Schmerzen. Die Läsionen sollen sich langsam seit 1913 entwickelt haben. Seit jener Zeit besteht auch die Epilepsie. Histologisch handelt es sich um ein entzündliches Infiltrat, das vorwiegend aus jungen Bindegewebszellen, Polynukleären und Eosinophilen besteht. Stellenweise sind auch epithelioide und Pigmentzellen konstatierbar. Das elastische Gewebe ist verschwunden. Nichts von Xanthom oder Lepra. Es handelt sich nach dem Vortragenden um eine infektiöse Neubildung, die gewisse Analogien mit dem hämorrhagischen Pigmentsarkom Kaposis aufweist. Eine bestimmte Diagnose kann er nicht stellen.

Diskussion. Brocq hält die Diagnose für außerordentlich schwierig und glaubt am ehesten an eine Sarkomatose, die noch nicht beschrieben



sei. *Darier*, aus dessen Abteilung der Fall stammt, glaubte zuerst eine Lepra diagnostizieren zu müssen, nachher ein Xanthom, bis ihn die histologische Untersuchung diese Diagnosen fallen ließ. Er hält die Krankheit für ein infektiöses Neoplasma, das große Ähnlichkeit mit einem früher beobachteten Fall aufweist. Er glaubt eine pigmentierte Form des Sarkoms Kaposi annehmen zu müssen oder etwas, was diesem sehr nahe steht.

Simon, C., demonstriert einen Mann, bei dem innerhalb 6 Monaten 2 Schankerrezidive auftraten. Der erste Primäraffekt wurde am 24. Juni 1919 konstatiert bei negativer Wa.-R. Pat. bekam 4 *g* Novarsenobenzol. Normale Heilung. 8 Wochen nach der letzten Injektion wieder Schanker an derselben Stelle. Hecht negativ. Keine sekundären Erscheinungen. Bekommt 5 *g* Novarsenobenzol. 3 Wochen nach der letzten Injektion wieder Rezidiv in situ. Verkehr, aber nur mit Kondom, zugegeben. Es handelt sich nach Simon in diesem Falle weder um Reinfektionen noch sekundäre Erscheinungen, sondern um lokale Rezidive durch nicht völlig vernichtete Spirochätenreste.

Hudelo und Montlaur demonstrieren einen Fall von Pemphigus mit Atrophie der Handrücken und Zystenbildung. Der Fall wurde schon im Alter von 10 Jahren in der Sitzung vom 6. November 1913 in der Gesellschaft vorgestellt. Auffallend war die Kombination mit Hypertrichosis im Gesicht und an der Streckseite der Arme, einer starken Pigmentierung des Gesichtes und Halses, sowie einer gewissen Adipositas des Bauches. Urin stets dunkel durch ein eigentümliches Pigment ohne Hämoglobin. Der Vater der Patientin litt an Lues. Das Kind zeigte eine Mißbildung der Zähne und eine suspekte Wa.-R. Novarsenobenzol und Hochfrequenzströme ergaben keine Besserung. Vom Oktober 1917 an bekam das Mädchen 15 Tage Ovarialextrakt, 15 Tage Pause, 15 Tage Nebennierenextrakt, dann wieder ebenso lange Pause, in gleicher Weise Hypophysen- und Thyreoideaextrakte mit den respektiven Pausen. Erfolg sehr gut. Die Blasenbildung verschwand allmählich, die großen Gesichtshaare verschwanden und machten Flaumhaaren Platz, die Pigmentierung ging zurück. Pat. wurde menstruiert. Nach einem Jahr Rezidiv. Sämtliche Erscheinungen wurden rückfällig, schlimmer als zuvor. Auf die frühere Behandlung sofort wieder Erfolg. Die Autoren nehmen an, daß es sich in diesem Falle um eine vielleicht durch das syphilitische Virus erzeugte Dystrophie der endokrinen Drüsen handle, die nur durch die Polyopotherapie beeinflußt werden könne.

Diskussion. Gougerot und *Brocq* wollen wissen, welche von den endokrinen Drüsen die Haare zum Ausfall bringe. *Abadie* wünscht, daß man es nicht mit einer Polyopotherapie versuche, sondern daß man an Hand dieses Falles die Wirkung jedes einzelnen Extraktes prüfen soll. *Simon* glaubt, man müsse in solchen Fällen die Behandlung fast dauernd fortsetzen, um das gute Resultat beibehalten zu können. *Brocq* wünscht, daß untersucht werde, ob eines oder mehrere Extrakte in diesem Falle wirksam seien. Max Winkler (Luzern).





IV. Kongreß des Nordischen dermatologischen Vereines.

Kopenhagen, 10.—12. Juni 1919.

10. Juni.

Nachdem Rasch als Vorsitzender den schmerzlichen Tod Boecks und Welanders erwähnt hatte, hielt Bruusgaard (Kristiania) einen Vortrag über das Boecksche Sarkoid. Die klinischen Formen des Sarkoids sind sehr verschieden; charakteristisch ist dagegen das histologische Bild (Granulationsgewebe, aus epitheloiden Zellen bestehend; keine ausgesprochene Entzündung).

Strandberg (Stockholm). 2 Fälle von gonorrhoischer Keratodermie, genau histologisch untersucht.

Schlasberg (Stockholm). Eine neue Behandlung von Ulcus cruris (ambulante Behandlung mit Bleipflaster).

Kr. Grön (Kristiania). Exanthem und Haarausfall nach der spanischen Grippe. Am häufigsten wurden skarlatinöse und morbilliforme Exantheme beobachtet, aber auch Erythema multiforme, Herpes und Urtikaria kamen ab und zu vor.

Kissmeyer (Kopenhagen). Ein Fall von Boecks Sarkoid und ein Fall von Fox-Fordyces Krankheit.

Boas (Kopenhagen). Ein Fall von Dermatitis herpetiformis, von einer Psychose begleitet. Ein typischer Fall von Duhrings Krankheit wurde, als die Besserung schon eingetreten war, von einer toxischen Psychose (akute Demenz) begleitet.

Björling (Malmö). Ein Fall von Dermatitis sycosiformis; ausführliche histologische Beschreibung und eine schöne Moulage.

Jersild (Kopenhagen). Studien über das sogenannte Syphiloma anorectale, speziell in pathogenetischer Beziehung. J. hat 6 Fälle dieser seltenen Krankheit untersucht; bei 2 von diesen konnte bewiesen werden, daß die Krankheit nicht syphilitisch war, weil die Patienten später mit Syphilis infiziert wurden. Die Pathogenese ist wahrscheinlich folgende: Es handelt sich um eine Erkrankung der von Gerota beschriebenen Lymphdrüsen, die auf der Muscularis des Rectums gelagert sind. Hierdurch entwickelt sicheine Stase; die Entzündung greift die Wand des Rektums an und so entsteht eine Strikturbildung.

Boas. Die Häufigkeit der Rektalgonorrhoe. Bei 88 Patientinnen mit Gonorrhoe wurde 14mal eine Proktitis gonorrhoica gefunden. Die Krankheit zeigte keine schweren subjektiven oder objektiven Symptome und ist in den meisten Fällen nicht schwierig zu behandeln. In 2 Fällen schwand die Krankheit spontan ohne Behandlung.





With (Kopenhagen). Kombination von Lupus erythematosus und Syphilis. In 8% der Fälle von L. e. wurde gleichzeitig eine Syphilis gefunden.

Lomholt (Kopenhagen). Versuche der Behandlung von Skabies mit gasförmigen Stoffen. L. hat 25%igen Schwefelwasserstoff, Toluol und Chloroform, leider mit negativem Resultat, versucht.

Engleson (Malmö). Über die Verwendung des Gelargins in der Gonorrhoeatherapie. Das Gelargin ist ein vorzügliches Präparat, speziell geeignet zur Abortivbehandlung.

Boas. Einen Fall von gonorrhoischer Phlebitis. Bisher sind nur 20 Fälle beschrieben. Die Phlebitis entwickelte sich bei einem jungen Manne im Verlaufe einer Gonorrhoe, die mit Prostatitis und Epididymitis kompliziert war. Während des Verlaufes der Phlebitis entstand eine Embolie in der einen Lunge.

11. Juni.

Zuerst wurde demonstriert:

Rasch. Prurigo nodularis (Hyde).

— Teleangiectasia hereditaria.

Boas. Atrophia cutis idiopathica.

Rasch. Granuloma annulare.

— Keratodermia gonorrhoica extremitatum in .

Bruusgaard. Tuberkuloide Lepra.

— 2 Fälle von Boecks Sarkoid.

— Lupus pernio.

Almkvist (Stockholm). Untersuchungen über die Quecksilbertoleranz. A. hat in allmählich steigenden Dosen 10—50 *cg* Hydrargyrum salicylicum injiziert. Durchgehends vertragen Frauen das Quecksilber weniger gut als Männer. Sehr oft vertragen die Patienten eine Kur, die 3mal so stark ist als die gewöhnlich verwendete.

Boas. Ambulante Skabiesbehandlung auf Frederiksberg. Die von Ludwig Nielsen angegebene Schnellkur mit Einpinselung von Perubalsam 1, Sapon. fusci 2, Spirit. dilut 2 wurde verwendet. Die Kranken bekommen zuerst ein Seifenbad, dann wird die Mischung 2mal auf den Körper, 4mal auf die Extremitäten eingepinselt.

Börge Pontoppidan. Das Vorkommen von Alopecia areata. Eine graphische Darstellung des Zeitpunktes des Eintretens der Krankheit bei den beiden Geschlechtern.

Rasch. Klinische Bemerkungen über Trichophytia profunda (Kerion). Die gewöhnlichen sekundären lichenoiden Trichophytide sind bisweilen korymbiform gruppiert. Nur in seltenen Fällen wurde ein vesikulöses und ein skarlatiniformes Exanthem beobachtet. Ein Patient hatte eine Urtikaria, die einige Tage dauerte. Schließlich treten auch pityriasiforme Trichophytide im Haarboden auf, die im Laufe einiger Wochen gleichzeitig mit den anderen sekundären Trichophytiden

schwinden. In einem Fall wurde im Haarboden eine fleckförmige Alopekie nach einem Kerion im Barte gefunden.

Grön (Kristiania). Lupus vulgaris in Norwegen. Untersuchungen über das Vorkommen und die Verbreitung der Krankheit. Der Vortrag, der eine Zusammenfassung einer grösseren Arbeit war, war eine sehr sorgfältige Untersuchung über sämtliche Lupuspatienten in Norwegen. Im ganzen fanden sich nur 500 Lupuskranke im ganzen Reich, 1 : 5000 Einwohnern entsprechend. Die Stadtbevölkerung bot doppelt so viele Lupusfälle wie die Landbevölkerung. In Finmarken konnte man keine Lupuspatienten nachweisen, obgleich die Lungentuberkulose hier mehr verbreitet ist als irgendwo sonst in Norwegen.

With (Kopenhagen). Lupus vulgaris und seine Lokalisationen. 900 Patienten wurden untersucht; am häufigsten war die Nase und ihre Umgebungen angegriffen.

Holland (Kristiania) hob die Bedeutung des primären Schleimhautlupus hervor; die Haut wird oft erst sekundär infiziert.

Grön meinte, daß ein Inokulationslupus auch von Bedeutung sei, weil das Gesicht und die Extremitäten so häufig angegriffen sind.

Laastad (Bergen) schließt sich Grön an; er hat neulich zwei sichere Fälle von Inokulationslupus gesehen.

With glaubt nicht an einen Inokulationslupus; man könnte mit demselben Recht behaupten, daß Lupus erythematosus von einer Inokulation herrühre.

Reyn (Kopenhagen). Lupuskarzinom. Das Lupuskarzinom ist eine seltene Krankheit. Unter 2700 Lupuskranken hat R. nur 14 Fälle von Lupuskarzinom gesehen. Das Karzinom entwickelt sich in der Regel erst, wenn der Lupus 20—30 Jahre alt ist. Die relative Häufigkeit des Lupuskarzinoms im Gesicht ist größer als anderswo, ebenso wie das Hautkarzinom hier im ganzen am häufigsten vorkommt. Das Lupuskarzinom kann in ganz unbehandelten Fällen entstehen, es wird jedoch oft von einer Röntgenbehandlung provoziert. Die Prognose ist nicht so schlecht wie im allgemeinen angenommen wird. Nach Exstirpation verläuft die Mehrzahl der Fälle gut.

Später wurde das Finsensche Lichtinstitut besichtigt, wo eine große Reihe behandelter und unbehandelter Patienten mit tuberkulösen Hautkrankheiten demonstriert wurde.

12. Juni.

Zuerst wurde demonstriert:

Rasch. Lupus erythematosus.
Boas. Bowens precancerous disease.
Rasch. Mycosis fungoides.
Boas. White spots disease.



Rasch. Gliosarkom, durch das Os frontis und die Haut perforiert.

— Dariers Krankheit.

— Lupus vulgaris, im späten Alter entstanden.

— Dysthyreoidismus mit mangelhafter Entwicklung von Haaren und Nägeln.

— Pathomimie.

— Sklerodermie.

— Purpura annularis teleangiectodes (Majocchi).

Almkvist. Kontinuierliche und intensive antisyphilitische Behandlung. A. hat 42 Patienten abwechselnd aber kontinuierlich mit Salvarsan und Salicylas hydrargyri + Merkuriol behandelt. Die längste Behandlung hat mehr als $^3/_4$ Jahre gedauert. Die Resultate waren gut. Die Wassermannsche Reaktion war konstant negativ nach 2 Monaten. Die Patienten haben die Kur gut vertragen. Diese Therapie ist speziell bei Metasyphilis empfehlenswert.

Åhmann (Göteborg) hatte auf diese Weise mehrere Kinder mit kongenitaler Syphilis behandelt und meinte, daß man ad infinitum fortsetzen könnte.

Bruusgaard. Lues congenita in zweiter Generation. Im Rikshospitalet wurden gleichzeitig behandelt: 1. Die Großmutter mit tertiären Manifestationen von akquirierter Syphilis, 2. die Mutter, die eine parenchymatöse Keratitis während der Gravidität gehabt hatte, und schließlich 3. das Kind, welches eine typische kongenitale Syphilis hatte.

Marcus (Stockholm) und Åhmann haben beide einen ähnlichen Fall publiziert.

Fönss (Kopenhagen). Gibt Lupus erythematosus eine Herdreaktion nach Tuberkulininjektionen? Nur 4 von 64 Fällen reagierten, aber nicht typisch. Eine tuberkulöse Ätiologie ist in den meisten Fällen unwahrscheinlich.

With. Klinische Untersuchungen über die Wirkung des Lichtes auf Vitiligo. W. hat sehr häufig gesehen, daß Vitiligo sich nach Lichtbädern entwickelt an Stellen, wo man die Affektion vor dem Lichtbade gar nicht sehen konnte.

Kissmeyer (Kopenhagen). Histologische Untersuchungen über Vitiligo (mit spezieller Berücksichtigung der modernen Pigmentforschung). Sehr eingehende histologische Untersuchung über einige der von With beschriebenen Fälle.

Lomholt. Ein Fall von schwerer viszeraler Syphilis mit hochgradiger Splenomegalie. Alle Viszera im Abdomen waren zusammengewachsen; es fand sich eine Aortitis fibrosa, ein Hepar lobatum nebst schweren Destruktionen der Knochen. Die Milz war exzeptionell vergrößert.

Björling (Malmö). Über die Ätiologie des postgonorrhoischen Katarrhs. B. meint, daß der sogenannte postgonorrhoische Katarrh in der Tat durch Gonokokken hervorgerufen wird.



Müllern-Aspegreen (Stockholm), Hansteen (Kristiania) und Marcus (Stockholm) treten Björling entschieden entgegen.

Kjellberg (Stockholm). Weitere Nachuntersuchungen bei Vulvovaginitis gonorrhoica. 30 Frauen wurden untersucht; unter diesen fanden sich relativ viele, die steril waren, und in mehreren Fällen waren Uterus und Vagina atrophisch.

Cronquist (Malmö). Untersuchungen über die Differentialdiagnose bei Spermatozystitis. Nicht ganz selten kann man Stränge fühlen, die von den Ecken der Prostata ausgehen. Diese Stränge sind keine Spermatozystitis, sondern eine Lymphangitis.

Nander (Kopenhagen). Studien über die Ätiologie des gangränösen Schankers. N. hat zwischen dem gesunden und dem erkrankten Gewebe einige feine Filamente gefunden, die vielleicht Spirochäten ähnlich sind. Diese Filamente sind sehr schwierig zu züchten und die Kultur läßt sich nicht weiter führen. Dieselben Filamente finden sich auch im normalen Smegma. Inokulationsversuche fielen negativ aus.

Jersild. Graphische Krankengeschichten im Rudolph Berghs Hospital. Der Verlauf der Krankheit, die Behandlung, der Urin, die Wassermannsche Reaktion werden auf Kurven aufgezeichnet.

Harald Boas (Kopenhagen).

Fachzeitschriften.

Dermatologische Wochenschrift.

Bd. LXVIII. Nr. 1—25.

Nr. 1.

Ljubitsch, D. Die Goldsolreaktion im Liquor cerebrospinalis bei Frühsyphilis. p. 1.

Nicht beendet.

Hofmann, C. A. Versuche, die Behandlungszeit der Bartflechte durch interne Therapie abzukürzen. p. 14.

Innerliche Behandlung mit Jod- und Bromkali, Injektionen von Terpentin, Neosalvarsan hatten keinen Erfolg.

Nr. 2.

Westberg, Fr. Vorübergehende Dilatationsthrombosen nach Salvarsaninfusionen. p. 17.

Bericht über 2 Fälle, bei denen es distal von der Einflußstelle der Salvarsaninfusion, also im gestauten Ge-

biet vor der komprimierten Stelle, zu kleinen Dilatationsthrombosen kam. Die Ursache liegt in der häufigen Stauung (in dem einen Fall traten die kleinen Thrombosen nach der 14., in dem 2. nach der 8. Infusion auf) und der reichlichen, mit dem Altsalvarsan zugeführten Flüssigkeitsmenge.

Ljubitsch, D. Die Goldsolreaktion im Liquor cerebrospinalis bei Frühsyphilis. p. 20.

Untersuchung von 34 Liquoren (27 Lues, 7 Kontrollen). Diese ergaben, daß die Goldsolreaktion bei primärer und sekundärer Lues empfindlicher ist als die anderen Eiweißreaktionen, zumal Nonne-Appelt. Diese Ausflockungen ergaben teils nach Lange charakteristische Kurven, teils ganz unregelmäßige Kurven. Dagegen ist zu bedenken, daß die Goldsolreaktion wegen der Schwierigkeit der Herstellung einer brauchbaren Lösung eine recht umständliche Methode ist. Außerdem besteht über die Frage, welche Momente die Ausflockung hervorrufen, noch keine Klarheit. Es ist überhaupt die Bedeutung der Liquorveränderungen bei Frühlues noch nicht völlig geklärt, so daß es nicht angezeigt erscheint, durch eine angebliche Verfeinerung der Methoden die Frage zu komplizieren. Ljubitsch hält deshalb die Goldsolreaktion nicht für eine wesentliche Bereicherung der Liquordiagnostik bei Frühlues.

Nr. 3.

Bettmann. Über Alopezie nach Kieferverletzung. p. 33.

Die posttraumatisch und postoperativ aufgetretenen Fälle von „neurotischer" Alopezie sind zum großen Teile auf Röntgenwirkung nach erfolgter Schädelaufnahme zurückzuführen. Die „nervöse Atmosphäre" dürfte günstige Bedingungen für die Röntgenwirkung schaffen. Daraus läß- sich schließen, daß eine Röntgenüberempfindlichkeit exit stiert, die auf lokalen nervösen Voraussetzungen beruht. Bericht eines einschlägigen Falles.

Paldrock, A. Erfahrungen mit Gonokokken. p. 37.

Am besten entwickelten sich Gonokokkenkulturen auf Aszitesagar, gut auf Menschenblutserumnutrose-Agar und Menschenblutserumagar, schlecht auf geronnenem Menschenblutserum. Jedoch ist Wechsel des Nährbodens nach 3—4 Generationen notwendig. Gonokokkenwachstum auf gewöhnlichem Nähragar oder Thalmanns-Agar ist ein Zufall, denn es ist für sichere Gonokokken-Züchtunger immer menschliches Eiweiß nötig. In reinem oder zur Hälfte mit Wasser verdünntem Blutserum oder Aszitesflüssigkeit wuchsen Gonokokken nicht, dagegen in Verdün-



nungen mit Rinderbouillon (1 : 2). Daraus ergibt sich, daß die Extraktivstoffe und das Pepton der Bouillon notwendige Bestandteile eines brauchbaren Gonokokkennährbodens sind. Auf Grund dieser Erwägungen stellte Paldrock einen verläßlichen Aszitesagar her (Einzelheiten s. Original). Bei der Gramfärbung empfiehlt er zur Entfärbung absoluten Alkohol höchstens $^1/_2$′. Eine Prüfung antigonorrhoischer Mittel auf Gonokokken-Reinkulturen ergab Abtötung durch Arg. nitric.-Lösung 1 : 500 in 20″, Kal. hypermangan. 1 : 500 in 1′, Argent. nitric. 1 : 3000, 1% Protargol, 1% Argonin in 5—6′ etc.

Nr. 4.

Baudisch, O. und *Unna,* P. G. Thiazinrot. p. 49. Nicht beendet.

Nr. 5.

Nast, O. Intravenöse kolloidale Silbertherapie bei Gonorrhoe. p. 65.

Nast verwendete zur intravenösen Injektion Elektrokollargol (Heyden), Dispargen, Fulmargin und steriles Kollargol (Heyden). In Verbindung mit Vakzine und Lokaltherapie (sehr heiße Spülungen mit Kal. hypermang.-Lösungen) ergaben sie ausgezeichnete Resultate bei frischen und veralteten Gonorrhoen mit Komplikationen.

Baudisch, O. und *Unna,* P. G. Thiazinrot. p. 68. Nicht beendet.

Nr. 6.

Baudisch, O. und *Unna,* P. G. Thiazinrot. p. 81. Nicht beendet.

Nr. 7.

Baudisch, O. und *Unna,* P. G. Thiazinrot. p. 97.

Als Thiazinrot bezeichnen die Verf. die Gruppe rotgefärbter Farbbasen, die sich durch Alkalien und Silberoxyd aus den Lösungen von Methylenblau, Azur, Methylenviolett, Thionin und Toluidinblau abscheiden lassen, aus jener wichtigen Farbstoffgruppe der Thiazine, welche im Gegensatz zu den Azinen ein Schwefelatom an Stelle eines Stickstoffatoms an der mittleren Brücke tragen.

In ihrer ausführlichen Arbeit, die sich zu kurzem Referate nicht eignet, bringen die Verfasser nach einer kurzen Einleitung, in der sie auf die Bedeutung metachromatischer Färbungen hinweisen, Historisches über das Thiazinrot der Mastzellen, Historisches über das Thiazinrot der Protozoenkerne, die basische Natur des „Rots aus

Methylenblau“, die Rolle des Eosins bei der Kernfärbung der Protozoen.

Nr. 8.

Ebstein, E. Angeborene familiäre Erkrankungen an den Nägeln. p. 113.

1. Vererbung der hippokratischen Nagelkrümmung bzw. der Trommelschlägelfinger in einer Familie, die mit Lungentuberkulose in mehreren Generationen belastet ist; bei einem 2. Stammbaum fand sich diese Nagelveränderung bei einem völlig gesunden Arzt, seinem Vater und den beiden Brüdern. In einem 3. Fall, der an Basedow litt, bestanden die Nagelveränderungen seit 6—8 Jahren, ebenso bei einem Bruder.

2. Angeborene familiäre Anonychie des Daumens, vererbt vom Vater auf zwei Kinder.

3. Angeborene familiäre Hyperkeratose der Nägel in drei Generationen.

4. Pollex bifidus. Völlige Doppelteilung der beiden Endglieder des Daumens der rechten Hand mit einem Sondergelenk zwischen beiden Endgliedern. Historische Zusammenstellung aus der Literatur.

Nr. 9.

Fetter, K. Untersuchungen über das Vorkommen der orthotischen Albuminurie bei Haut- und Geschlechtskranken, insbesondere Syphilitikern. p. 129.

Nicht beendet.

Eingabe des Frauenrates der Hamburgischen Frauenvereine an die Hamburger Behörden. p. 138.

Die Eingabe befürwortet und begründet folgende Verfügungen: 1. Neueinschreibung von Kontrollmädchen hört auf. Von auswärts zuziehende, andernorts eingeschriebene Kontrollmädchen, die sich in Hamburg der Aufsicht unterstellen wollen, werden nicht aufgenommen. Es wird ein Pflegeamt nach dem bereits bewährten Altonaer Muster eingerichtet. Diesem werden alle bei der Sittenpolizei einlaufenden Anzeigen über Gewerbeunzucht und Geschlechtskrankheiten zur Erledigung überwiesen, alle von der Sittenpolizei aufgegriffenen Frauen ohne sittenpolizeiliche Vernehmung zugeführt, alle unter sittenpolizeilicher Aufsicht stehenden Frauen und Mädchen, die in ein bürgerliches Leben zurückkehren wollen, zur Fürsorge übergeben. Alle Spezialärzte werden für die Untersuchung und Behandlung der Fälle des Pflegeamtes zugelassen. Die mittellosen oder



einer Krankenkasse nicht angehörigen Kranken werden den Poliklinikern zugewiesen. Das Pflegeamt erhält ein Heim zur vorübergehenden Unterbringung der Pfleglinge. Alle der Polizeibehörde bekannten Obdachlosen, Landstreicherinnen, Bettlerinnen werden der Fürsorgestelle in Hamburg zugeführt.

Nr. 10.

Fischer, W. Statistische Beiträge zur Trichophytie-Epidemie. p. 175.

Bei den während des Krieges in Berlin und Deutschland aufgetretenen Trichophytieepidemien kamen als Erreger bisher in Deutschland wenig oder gar nicht bekannte Pilzarten vor, besonders das Tr. rosaceum und Tr. gypseum granulosum. Das Tr. rosaceum fand sich in der ersten Hälfte 1917 nur bei in Belgien und Nordfrankreich infizierten Soldaten, seit Ende 1917 fand es sich auch bei der Berliner Zivilbevölkerung. Jetzt bedingt es 23% aller Infektionen, da es ungemein infektiös ist. Eine Statistik über 570 kulturell untersuchte Bartflechten zeigt, daß an erster Stelle Tr. cerebriforme in Betracht kommt, dann die eingeschleppten Tr. rosaceum und Tr. granulosum. Tr. violaceum erscheint in Deutschland sporadisch. Das Tr. granulosum ist ebenfalls sehr infektiös. Eine weitere Statistik zeigt, daß im Jahre 1915 die Erkrankungsziffer noch wie im Frieden 2% betrug. 1916 geringe Vermehrung bei Zivil und Militär. In den ersten Monaten 1917 erheblicher Anstieg der Infektionen beim Militär, bei der Zivilbevölkerung bis 23%, bis Juni 1918 auf 35%, bis Dezember 1918 bis 38%. Auch bei Frauen kommt die Erkrankung jetzt viel häufiger vor.

Fetter, K. Untersuchungen über das Vorkommen der orthotischen Albuminurie bei Haut- und Geschlechtskranken, insbesondere Syphilitikern. p. 150.

Zusammenfassung: Orthotische Albuminurie konnte Fetter bei 15% aller untersuchten Kranken mit frischer noch unbehandelter Lues I und II, bei Ausschluß einer Allgemeintuberkulose oder Lordose der Lendelwirbelsäule feststellen. Bei rückfälliger Frühlues fand sie sich nur in 10–11%. Bei tertiärer, sowie bei latenter Lues fielen die Untersuchungen negativ aus. Erhebliche funktionelle Störungen bewirkte orthostatische Albuminurie nicht. Der Wasser- sowie der Konzentrationsversuch zeigen keine oder nur unwesentliche Abweichungen von der Norm. Die orthostatische Albuminurie bei Syphilitikern steht mit der Sy-




philis in ursächlichem Zusammenhang: Toxische Substanzen der Lueserreger wirken wohl schädigend auf eine bereits konstitutionell minderwertige Niere. Asthenische Konstitution findet sich bei der großen Mehrzahl der Orthotiker und muß als eine wesentliche Bedingung für das Zustandekommen betrachtet werden. Bei Hautkrankheiten der verschiedensten Art findet sich bei Ausschluß von Allgemeintuberkulose. Lues und Lordose der Lendenwirbelsäule das Symptom der orthotischen Albuminurie nicht. Die orthotische Albuminurie der Luetiker braucht nicht vom Vagushypertonus begleitet zu werden. Atropininjektionen haben deshalb in der Regel keinerlei Einfluß auf die Eiweißausscheidung. Die durch die luetischen Toxine hervorgerufene Stehalbuminurie verschwindet dagegen im Verlauf der spezifischen Behandlung und wird auch während dieser Zeit durch Atropin nicht beseitigt. Das Wesen der orthotischen Albuminurie ist jedenfalls kein einheitliches; sie ist nur ein Krankheitszeichen, nicht eine besondere umschriebene Krankheit und kann auf sehr verschiedenen Bedingungen beruhen.

Nr. 11.

Fantl, G. Zur Technik der Salvarsaninjektionen. p. 161.

Bei „schlechten" Venen an den üblichen Injektionsstellen spritzt Fantl in die Vena jugularis ext. ein; darnach keine Folgeerscheinungen.

Weber, M. Intravenöse Kollargolbehandlung bei Gonorrhoe. p. 162.

106 Tripperfälle erhielten Kollargol intravenös neben gleichzeitiger Lokalbehandlung. Gute Erfolge, besonders bei katarrhalischer Prostatitis. Epididymitis wurde nicht beeinflußt. Zweitägige Injektionen einer 2% Kollargollösung in steigender Dosis, beginnend mit 2 *ccm.* Als größte Dosis genügten im allgemeinen 4—5—6 *ccm.* Ausnahmsweise wurde bis 10 *ccm* gestiegen. 6 Fälle von Rektalgonorrhoe reagierten auf 2—3 Injektionen auffallend gut.

Samson, S. Die Resultate der operativen Gynäkologie. p. 164.

Bedingungslos operative Fälle sind Fisteln, Mißbildungen, genuine Ovarialtumoren, Extrauteringravidität. Bezüglich des Fluor verweist Verf. auf die Gefahren einer jeden intrauterinen Behandlung. Besonders soll frische Uterusgonorrhoe möglichst in Ruhe gelassen werden, nur die frische Urethritis und die Injektion der paraurethralen Gänge soll örtlich behandelt, die Vagina durch Spülungen



gereinigt werden; in geeigneten Fällen Trockenbehandlung. Gonokokkenvakzine scheint in jedem Stadium vorteilhaft zu sein. Auskratzungen sind zu unterlassen. Zur Dilatation des Uterus keine Quellstifte, sondern Landau-Hegarsche Metallkatheter. Bei Blutungen konstituell kranker Frauen und in der Schwangerschaft ist Calcium lacticum sehr wirksam. Bei dysmenorrhoischen Schmerzen Dilatation. Die mobile unkomplizierte Retroflexis uteri bedarf keiner Behandlung, besonders nicht einer operativen. Entzündliche Adnexe sind möglichst konservativ zu behandeln, bei hartnäckigen verzweifelten Fällen Entfernung alles Erkrankten durch Laparatomie. Myome sollen nur bei schnellem Wachstum, bei Verdacht auf maligne Degeneration operiert werden, submuköse besonders im Stadium der Ausstoßung durch den Zervixkanal, jedes Myom, das mechanisch Zug- oder Drucksymptome macht, und jedes jugendliche Myom (durch Enukleation). Ovarien sollen dabei möglichst zurückgelassen werden. Bestrahlung ist wirksam bei Myomblutungen in den Wechseljahren mit Ausnahme der submukösen, ferner zu versuchen bei allen Myomen, bei denen man Narkose umgehen möchte. Karzinome sind „sofort ganz energisch anzufassen“. Bestrahlung der inoperablen Karzinome ist die „gegebene Behandlungsmethode“; wird es dann dadurch operabel, soll es operiert und dann weiter bestrahlt werden; das operable Karzinom ist zu operieren und dann nachzubestrahlen.

Nr. 12.

Günther, H. Die klinischen Symptome der Lichtüberempfindlichkeit. p. 177.

Nicht beendet.

Sellei, J. Zur Behandlung von Hautkrankheiten mit Terpentinölinjektionen nach Klingmüller p. 189.

Günstige Resultate bei Staphylodermien der Haut, bei Trichophytia superficialis, bei pruriginösen Erkrankungen und verschiedenen Formen von Pruritus.

Finger, E. Emile Dubois-Havenith. Nekrolog.

Nr. 13.

Georgi, W. Uber Serodiagnostik der Syphilis mittels Ausflockung (insbesondere über die Methode nach Sachs und Georgi). p. 193.

Nach einem historisch-kritischen Überblick über die verschiedenen Ausflockungsreaktionen, die erdacht wurden, die W.-R. zu ersetzen und nach ausführlicher Schilderung

und Bewertung der Meinickeschen Lipoidbindungsreaktion (die „im allgemeinen Gutes zu leisten verspricht") stellt Georgi die Methode dar, welche er gemeinsam mit Sachs ausgearbeitet hat. 1 *ccm* 10fach verdünntes Patientenserum (durch 1/2 Stunde bei 56° inaktiviert) wird mit 1/2 *ccm* 6fach in physiologischer Kochsalzlösung verdünnten alkoholischen cholesterinisierten Organextrakt gemischt. Dieses Gemisch bleibt 2 Stunden bei 37°, 18—20 Stunden bei Zimmertemperatur, dann Ablösung im Agglutinoskop. Als Kontrollen werden sowohl der Extrakt als auch die einzelnen Sera allein mit entsprechender Auffüllung durch Kochsalzlösung in gleicher Weise behandelt. Die früheren günstigen Erfahrungen mit dieser Reaktion an 2770 Fällen konnte Georgi an weiteren 1671 Fällen bestätigen. In 93·3% der Fälle ergab sich volle Übereinstimmung mit der W.-R. In 53 der 112 divergenten Fälle bestand nach den klinischen Angaben Lues. Die Ergebnisse der Meinicke- und der Sachs-Georgi-Reaktion decken sich ziemlich in der Praxis, die erstere ist aber komplizierter.

Günther, H. Die klinischen Symptome der Lichtüberempfindlichkeit. p. 203.

Nicht beendet.

Frühwald, R. Ernest Gaucher. Nekrolog.

Nr. 14.

Michael, M. Über die Lebensdauer der Trichophytonpilze. p. 209.

Die Untersuchungen ergaben eine verhältnismäßig lange Lebensdauer und Tenazität der Trichophytonpilze. Nach 3 Monaten ließen sich noch von sämtlichen Haaren positive Kulturen erzielen, nach 6 Monaten in etwa 50%, von da ab in abnehmendem Maße. Nach 1—1 1/2 Jahren etwa in 20% und die Kulturen erwiesen sich auch auf das Tier übertragbar. Länger als 2 Jahre aufbewahrte Haare ergaben ein negatives Kulturresultat. Erwähnenswert ist, daß lediglich Haare mit Tr. cerebriforme und rosaceum sich beim Kulturversuch als keimfähig erwiesen. Dies würde die starke Einschleppung und Verbreitung der während des Krieges durch die Pilze hervorgerufenen Trichophytien erklären.

Günther, H. Die klinischen Symptome der Lichtüberempfindlichkeit. p. 213.

Nicht beendet.

Nr. 15.

Fantl, G. Lupus follicularis acutus unter dem Bilde eines Erythema nodosum. p. 225.



Die Erkrankung trat vor 3 Wochen unter Kopfschmerz und Fieber auf in Form schmerzhafter, roter, etwas erhabener Flecke an den Beinen und Armen. Vor zwei Jahren schmerzhafte Halsdrüsenschwellung, die allmählich zurückging, hierauf kleine, spontan heilende Geschwürchen an den Beinen. In der Familie Tbc. Klinisch fand sich Spitzen- und Lymphdrüsentuberkulose. Die Hauteffloreszenzen an den Extremitäten von Linsen- bis Kronengröße konfluieren z. T. an den Beinen. Die Primäreffloreszenz ist follikulär, hellrot, mit hellrotem Saum, prominent. Die größeren Herde haben ein livides, eingesunkenes Zentrum mit wallartigem Knötchenrand oder sind hellrot erhaben. Dazwischen zahlreiche atrophische Narben. Histologisch fand sich Granulationsgewebe mit epitheloiden und Riesenzellen. Klinisch bestand eine gewisse Ähnlichkeit der größeren Knoten mit Erythema nodosum.

Meyer, F. M. Die kombinierte Physiko-Organotherapie der sexuellen Impotenz. p. 227.

Die erfolgreiche Behandlung besteht in Anwendung von Hochfrequenzströmen (rektale Elektrode auf die Prostata und dann Bestreichen der ganzen Genitalgegend) 2—3 mal wöchentlich, außerdem Bestrahlung des ganzen Körpers mit Höhensonne. Zur Organotherapie verwendet Verf. Testiglandolinjektionen intraglutaeal.

Günther, H. Die klinischen Symptome der Lichtüberempfindlichkeit. p. 230.

Nicht beendet.

Nr. 16.

Sellei, J. Ein Fall von Parakeratosis. p. 241.

Die Krankheit besteht seit 39 Jahren und ist von der Mutter vererbt. Sie lokalisiert sich an Handrücken, Glutäen, Unterschenkeln, über dem Kniegelenk, am stärksten an den Füßen in Form landkartenförmiger Herde, umgrenzt von graugrünlicher Hyperkeratose. Starke Hyperkeratose an den Nägeln, die sich alljährlich ablösen. Die Primäreffloreszenzen sind stecknadelkopfgroße, warzenartige Knötchen, die dann, peripher sich vergrößernd, zentral verflachen und daselbst abheilen. Histologisch: Beträchtliche Verdickung der Epidermisschichten mit starker Hyperkeratose, speziell an den Ausführungsgängen der Schweißdrüsen. An den Fußsohlen bestand ebenfalls Keratom.

Günther, H. Die klinischen Symptome der Lichtüberempfindlichkeit. p. 243.

Nach einer allgemeinen Einleitung bespricht Günther unter Bezugnahme auf eine frühere Arbeit die Hae-

matoporphyria chronica. Bei dieser Erkrankung wird Hämatoporphyrin im Harn und Kot ausgeschieden und es entsteht infolge der photodynamischen Wirkung des im Gewebe lokal aufgespeicherten Hämatoporphyrins (Hp-) Überempfindlichkeit der Haut gegen Licht, die unter dem Bilde des Hydroa aestivale auftritt mit starken Pigmentationen der unbedeckten Körperteile, Blasenbildung, Narbenbildung. Im Falle Günthers bestand außerdem Sklerodermie am Gesicht, Schläfen, Unterarmen, Handrücken. Ausführliche Zusammenstellung der einschlägigen Literatur. Bezüglich der Hp. congenita verweist er auf die bisher veröffentlichten 9 Fälle. Bezüglich des von ihm selbst beschriebenen Falles trägt er den Augenbefund nach (Kuhnt). Es bestand Gelbfärbung der Sklera, Anästhesie des vorderen Bulbus, herabgesetztes Farbenwahrnehmungsvermögen, Erhöhung des intraokulären Druckes. Aus dem Urin stellte H. Fischer das Kot- und Urinporphyrin rein dar. Der Kranke schied täglich 0·4 Hp. aus. Im Blute fand sich nach anfänglich ziemlich normalem Befund in späteren Jahren starke Anämie ohne Vorhandensein basophiler Granula. Die kongenitale Hämatoporphyrie definiert Günther als eine in der frühesten Kindheit manifest werdende, zuweilen familiäre Erkrankung, welche besonders durch die vermehrte Hp.-Bildung, deren Ablagerung im Gewebe und Ausscheidung im Harn und Kot, sowie durch starke Lichtüberempfindlichkeit des Organismus infolge der photosensibilisierenden Wirkung des Hp. charakterisiert ist. Günther spricht sich gegen die Annahme aus. daß Hp. durch Abbau des Hämoglobins entstehe; möglicherweise entsteht es im Darm durch Einwirkung einer besonderen Darmflora oder besonderer Fermente auf Gallenfarbstoffe. Die Sensibilisierung des Gewebes erfolgt wahrscheinlich durch ein im Gewebe abgelagertes Hp. in den histologischen Unterschieden verschiedener Hautzonen des Gesichtes, der Hände etc. entsprechenden verschiedenen Graden. Dabei braucht nicht einmal Hämatoporphyrinurie vorhanden zu sein (Meyer-Betz). Im nächsten Abschnitt, der sich mit Hydroa aestivale beschäftigt, werden die in der Literatur niedergelegten Fälle ausführlich besprochen. Ein kurzes Kapitel ist dem Xeroderma pigmentosum gewidmet. Von anderen mit Lichtüberempfindlichkeit verbundenen Hautsymptomen erörtert Günther das Eczema solare, die sowohl bei Hämatoporphyrie als auch bei Hydroa im Bereiche der lichtreagierenden Haut vorkommenden diffusen Ödeme und urtikariaähnlichen Symptome, die Pigmentierung und Sklerodermiebildung. Der Abschnitt „Lichtüberempfind-

lichkeit der Augen" enthält eine ausführliche Literaturzusammenstellung. Außer den besprochenen Krankheitsbildern tritt aber auch bei bestimmten Krankheiten Lichtüberempfindlichkeit auf, z. B. bei Variola, Masern, Pellagra. Fagopyrismus. Auch darüber bringt Günther Literaturzusammenstellungen Ferner beobachtete man Sensibilisierungsphänomene nach Anwendung infolge des Krieges minderwertiger Präparate (Vaselin, Vaselinöl, Karboneol); Überempfindlichkeit bei Albinismus, Röntgenatrophie. Nach Besprechung der Differentialdiagnose der Hämatoporphyrie und Hydroa erörtert Günther die Therapie der Lichtüberempfindlichkeit (braunen Schleier, Chininsalben, Curcumatinktur, Äskulin, Kalziumchlorat etc.).

Nr. 17.

Mendes da Costa, S. Ringkreise bei Psoriasis. pag. 257.

Die ringförmige Ausbreitung der Psoriasis läßt auf ein fortschreitendes, um sich greifendes, belebtes Agens als Ursache schließen.

Schönfeld, W. Über den Zusammenhang zwischen Haut- und Liquorveränderungen bei Syphilis, insbesondere bei Alopecia specifica und Leukoderma syphiliticum. p. 259.

Die Untersuchungen ergaben, daß zwischen den verschiedenen Exanthemformen und Liquorveränderungen kein sicherer Zusammenhang nachzuweisen ist. Bei 53 Fällen von Alopecia specifica bzw. Leukoderma (mit 119 Punktionen) ergab sich folgendes Resultat: Bei Alopecia, auch ohne nachweisbare nervöse Symptome, traten Liquorveränderungen gehäuft auf bis 70% nach Anzahl der Punktionen, 76% nach Anzahl der Fälle berechnet. Ein direkter Zusammenhang zwischen beiden ist wahrscheinlich nicht anzunehmen. Immerhin ist ein Fall von Alopecia specifica verdächtig auf Veränderungen in der Rückenmarksflüssigkeit. Bei Leukodermafällen ist ein derartig gehäuftes Auftreten von Liquorveränderungen (39% nach Punktionen, 65% nach der Zahl der Fälle berechnet) wie bei den Alopekiefällen nicht deutlich nachzuweisen. Das Maßgebende für die Entstehung der Liquorveränderungen sieht Verf. nicht in der Alopekie bzw. Leukoderma, sondern im Infektionsalter, im allgemeinen schweren Verlauf der Erkrankung in solchen Fällen und in unzureichender Behandlung.

Nr. 18.

Boas, H. Ein Fall von tertiärem Erythem bei einem Kinde mit kongenitaler Syphilis. p. 273.

An der Außenseite des r. Oberschenkels des $3^1/_2$ jähr. Knaben fanden sich in Kindshandtellergröße polyzystische, annuläre, erythematöse Figuren. W.-R. +. Sonst keine Lueszeichen.

Liesegang, R. E. Die Toxidermie durch einige kautschukfreie Pflaster. p. 275.

Die Selbstversuche des Verf. ergaben, daß keine der Mischungen einen den Kautschukpflastern entsprechenden Grad der Haltbarkeit beim langen Lagern hatten. Die verschiedenen Orte der Haut der Beine verhielten sich gegenüber der Reizwirkung verschieden, ebenso auch das Durchschlagen der Pflastermasse durch den Schirting. Letzteres hängt von der Druckwirkung des Pflasters auch schon beim Aufstreichen ab. Die verwendeten Kautschukersatzmittel enthielten neben Kumaronharz auch „Kalziumgelatine" (Gelatine aufgelöst in möglichst wenig konzentrierter Chlorkalziumlösung, Herstellung s. Original). Bei einer Anzahl von Mischungen wurde „geblasenes" Leinöl verwendet. Bezüglich der genaueren Herstellung der verschiedenen Pflastermassen und der durch sie bedingten Reizungen sei auf das Original verwiesen.

Nr. 19.

Hecht, H. Zur Methodik der Wassermannschen Reaktion. p. 289.

Die Methode, welche Hecht im Anschluß an Sormanis Untersuchungen ausgearbeitet hat und mit Erfolg benützt, beruht auf dem Prinzip (Sormanis'), mit austitriertem Komplement bei konstantem Ambozeptorüberschuß zu arbeiten. Als Antigen wird die entsprechende Antigendosis in Form einer nach Verdunstung des Alkohols zurückgebliebenen Trockensubstanz verwendet, die aber auch vorher ausgewertet werden muß. Bezüglich der genaueren Technik der Reaktion sei auf das Original verwiesen.

Wetterer. Erfahrungen mit meinem Brandpulver. p. 292.

Dieses Pulver enthält ein Bismuthpräparat Bolus und Cycloform (Löwenapotheke, Mannheim). Brandblasen werden nicht abgetragen, das Pulver wird messerrückendick aufgetragen, darüber dünner Verband, der mehrere Tage



liegen bleibt. Verbandwechsel ohne Abspülung. Sehr guter Erfolg auch bei Röntgen- und Mesothorverbrennung.

Bruck, C. Über die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten im Kriege. p. 294.

Die Zahlen Brucks decken sich so ziemlich mit denen Vogels: 60—69% Gonorrhoe, 30% Lues (1916—17 gegen 18·9% — 1915). Die Ulcus molle-Zahlen zeigen seit 1915 fallende Tendenz (12% auf 6%). Das Verhältnis der Feld- zu den Heimatinfektionen betrug 1915: 1:3, 1916: 1:1. 35% der Kranken waren verheiratet; auch hier eine Abnahme von 46% (1915) bis 37% (1917). Sie ist nach Bruck entschieden höher als im Frieden. Die Morbidität an Geschlechtskrankheiten in der Armee ist jedoch keinesfalls höher, eher geringer als im Frieden. Die Gefahr für die Allgemeinheit besteht infolge der höheren Erkrankungsziffern der älteren Verheirateten besonders für die Familie und dann für die Bevölkerung des platten Landes.

Nr. 20.

Hettersdorf. Über Gefäßschädigungen bei intravenösen Injektionen. p. 305.

Thrombenbildung nach gehäuften Injektionen in dieselbe Vene (Salvarsan, Silbersalvarsan, kolloidales Silber, kleinste aseptische Fremdkörper), ferner Kompressionsthrombosen. Schilderung eines Falles mit Auftreten eines sehr schmerzhaften, pflaumengroßen Knotens, 5 *cm* peripher der Injektionsstelle (2% Kollargol), das Hettersdorf durch Hineingeraten des Medikamentes in das periphere Venengebiet erklären möchte.

Schönke. Erfahrungen über „Sanabo"-Gonorrhoebehandlung. p. 308.

Empfehlung des „Sanabo"-Rücklaufkatheters.

Steiner. Zur Kasuistik und Heilung der Gonorrhoe, besonders der chronischen, unter Anwendung des „Sanabo"-Katheters. p. 311.

Von 23 Patienten konnten 18 in durchschnittlich 3 Wochen geheilt werden. Mit „Sanabo"-Spülröhren günstige Erfolge bei Hämorrhoiden und Prostataerkrankungen.

Nr. 21.

Schäber, E. Zur Behandlung von Hautdefekten mittels „feuchter Kammer". p. 321.

Die „feuchte Kammer" wird durch Verklebung der Wunde mit Billrothbattist gebildet (Einzelheiten s. Original). Vorbedingung ist relative Keimarmut des zu behandelnden Geschwüres. Sie erzielt rasche und dauerhafte Regeneration von oberflächlicheren und tieferen Hautläsionen (Defekten),

unter Anregung der Granulationsbildung und Epithelisierung. Geeignet für die feuchte Kammer sind artefizielle Geschwüre, Verbrennungen, Röntgenverbrennungen, größere Hautdefekte nach Verletzungen oder Operationen, schlecht granulierende Hautdefekte, Stauungsgeschwüre. Pyodermien eignen sich erst für diese Behandlung, nachdem mit $^1/_4\,^0/_0$ Argent. nitric.-Umschlägen ein gewisses Stadium der Keimfreiheit oder Virulenzabschwächung erreicht ist.

Sommer, A. Uber einen durch intravenöse Arthigoninjektion auffallend schnell geheilten Fall von Conjunctivitis gonorrhoica. p. 320.

Heilung nach 5 Tagen; Injektion von 0·05 und 0·1 Arthigon.

Nr. 22.

Sprinz. Über angeborene Nagelanomalien. pag. 337.

1. Angeborene Onychorrhexis und Onychatrophie, 2. angeborene Nagelvergrößerung infolge von Makrodaktylie, 3. angeborene Vergrößerung der Nägel infolge von Syndaktylie an beiden großen Zehen. Die abnorme Verbreiterung der großen Zehen ist auf eine Doppelbildung und teilweisen Verschmelzung der Doppelglieder zurückzuführen.

Paschen, E. Zur Scharlachdiagnose. p. 343.

Intraokuliert man nach Art der Schleichschen Injektion Scharlachkranken auf der Höhe des Exanthems 1 *ccm* Rekonvaleszentenserum oder Normalserum, so entsteht nach 5—8 Stunden um die Injektionsstelle herum eine anämische Zone in der Ausdehnung eines Fünfmarkstückes bis Handtellergröße, die sich sehr deutlich von dem Exanthem abhebt. Schultz und Charleton, die diese Methode angaben, bezeichneten diesen Vorgang als Auslöschungsphänomen. Frisches Scharlachserum, andere Sera, NaCl-Lösung tun dies nicht; ebenso entsteht dieses Phänomen nicht bei Masern oder anderen Exanthemen. Von 83 in dieser Weise untersuchten Fällen, von denen 71 Scharlach waren, waren 62 positiv, 9 negativ (technische Fehler). Bei 12 anderen Erkrankungen war das Resultat immer negativ. Auf Grund dieser Versuche erklärt Paschen das Schultz-Charleton-Phänomen für spezifisch und erblickt in ihm ein wertvolles Unterstützungsmittel der Differentialdiagnose.

Lewinsky, J. Zur Intensivierung der Syphilisverhütung. p. 346.

Sorgfältigere individuelle Prophylaxe, Steigerung der



allgemeinen Prophylaxe durch möglichste Steigerung der Kontrolle und intensivste Auslese der Kranken unter ganz besonderer Berücksichtigung der Lues, als der besonders gefährlichen venerischen Erkrankung und energische Behandlung.

Nr. 23.

Schottmüller. Zur Behandlung der Aortitis luica. p. 353.

Nicht beendet.

Delbanco. Wilhelm Krüger. Nekrolog.

Nr. 24.

Bruck, C. Über Poikilodermia atrophicans vascularis. p. 369.

Nach Zusammenstellung der wenigen bisher bekannten Fälle des Jacobischen Krankheitsbildes schildert Bruck eine eigene Beobachtung. Die Hautaffektion des 41jährigen Kranken besteht seit dem 7. Lebensjahre und zeigt zwei anscheinend voneinander verschiedene Bilder. Die Haut ist spröde, rauh, trocken, stark schuppend und zeigt fleck- und netzförmige Marmorierung, die aus kirschroten Flächen und Netzen besteht. Sie findet sich am ganzen Stamm, besonders an Schulterblättern und Gesäß. Frei sind Gesicht, Hände und Füße. Die bunte Marmorierung besteht aus Teleangiektasien mit Hautblutungen und braunen Pigmentierungen. Die von ihnen umschlossenen weißen Flecke sind atrophisch verdünnt. Haare spärlich, in den Achselhöhlen fehlen sie. Histologisch fanden sich Veränderungen, wie sie einerseits der Ichthyosis entsprechen, andererseits der Hautatrophie mit Gefäßerweiterungen. Verf. möchte daher diese Erkrankung einreihen unter die idiopathische Hautatrophie bei gleichzeitiger angeborener Schwäche des Verhornungsapparates und des elastischen Gewebes.

Schottmüller. Zur Behandlung der Spätlues, insbesondere der Aortitis luica. p. 372.

Auszug aus einem Vortrag, der vom Autor am 11. Juni 1918 im Hamburger ärztlichen Verein gehalten wurde und der ungekürzt in der Med. Klinik, Nr. 7, 1919, erschienen ist. Die daran sich anschließende Diskussion, an der sich Gennerich, Nonne, Weygandt, Kafka, Haenisch, Deneke, R. Hahn, Delbanco, Boettiger, Rumpel, Fraenkel, Fahr, Graetz beteiligten, ist dem Auszug des Vortrages referierend angeschlossen.



Nourney. Zur Immunitätsbehandlung der Geschlechtskrankheiten. p. 379.

Als Immunitätsbehandlung bei sämtlichen „Infektionszuständen", also auch bei Lues und Komplikationen gonorrhoischer Erkrankungen, empfiehlt Nourney folgende Behandlung, die „zauberhafte Wirkungen" hatte: Entnahme von 1 - 2 *ccm* Blut aus der Armvene und sofortige Einspritzung unter die Haut des Oberarmes.

Nr. 25.

v. Notthafft. Kolloides Silber als Heilmittel bei Syphilis. p. 385.

Untersucht wurden in ihren Wirkungen auf Lues Argent. colloidale, Kollargol, Lysargin, Fulmargin, Elektrargol. Ein wesentlicher Unterschied in der Wirkung ergab sich nicht. Von 2% Lösungen wurden zuerst 2 oder 4 *ccm*, bei jeder nächsten 1 *ccm* mehr intravenös gegeben, bis 10 *ccm* erreicht waren. Bei dieser Dosis wurde bis zum Verschwinden der Erscheinungen geblieben. Die Allgemeinwirkungen nach der Injektion bestehen in rasch abklingendem Fieber, manchmal Schüttelfrost, gelegentlich Husten, leichtes Oppressionsgefühl. Im Vergleich zum Silbersalvarsan sind diese Beschwerden etwas größer und die notwendige größere Zahl der Injektionen macht die Behandlung auch unbequemer. Die Erfolge waren gut. Primäraffekte waren im Mittel nach 10 Tagen geheilt; Roseolen verblaßten nach 5—6 Tagen und verschwanden im Mittel nach 10 Tagen; großpapulöse nach 8—12, ein serpiginöses nach 13 Tagen, ein Gumma nach 3 Wochen. Schleimhautpapeln gingen nach 3 – 6 Tagen zurück und verschwanden nach 8—16 Tagen. Afterpapeln waren ziemlich hartnäckig etc. Die erforderliche Menge des 2% kolloidalen Silbers schwankt zwischen 11 und 209 *ccm*; im allgemeinen genügten 50 *ccm*. Das Mittel wirkt langsamer als Salvarsan und beeinflußt die W.-R. schlechter als dieses und Hg. An die Silberbehandlung, welche die Symptome beseitigte, wurde eine regelrechte Hg-Salvarsankur angeschlossen. Kolloidales Silber kann nach den bisherigen Erfahrungen Hg und Salvarsan nicht ersetzen, es ist aber zu wählen bei Idiosynkrasie gegen die beiden letzteren, bei Hg-Stomatitis, die es sehr günstig beeinflußt, ferner zur Verstärkung einer Hg-Kur oder als Zwischenkur. Es wäre auch bei Paralues zu versuchen. Zur Vermeidung von Argyrose müssen nach 3 – 4wöchentlicher Anwendung (bei Zahnfleisch-Kontrollen) 3—4 monatliche Pausen verstreichen.

Ludwig Waelsch (Prag).



Dermatologisches Zentralblatt.

XXIII. Jahrgang. Nr. 3, 4, 5, 6.

Lange, C. Zur Technik der konzentrierten, intravenösen Neosalvarsaninjektion. p. 33, 51, 69, 83.

Lange gibt zuerst einen allgemeinen Überblick der antiluetischen Behandlung mit einem Schema der kombinierten Hg- und Salvarsan-Kur und den Kontraindikationen bei Salvarsankuren und bespricht dann das Präparat selbst, das Instrumentarium, das zur Auflösung bestimmte Wasser, die Technik der Auflösung und die Technik der Injektion. Autor zieht für alle Fälle frisch destilliertes Wasser vor; ist dies nicht zu beschaffen, so wäre gutes Leitungswasser dem käuflichen destillierten Wasser, das oft verunreinigt ist, vorzuziehen. Die Hauptgefahr bei der intravenösen Injektion besteht in der Möglichkeit kleinster Embolien: kleinster Blutkoagula, ungelöster Salvarsanpartikelchen u. dgl. sowie Luftembolien. Die entsprechende Technik behufs Vermeidung dieser Schädigungen wird genau besprochen. Die Möglichkeit einer Infektion gelegentlich einer intravenösen Injektion schätzt Lange im allgemeinen bei reinlichem Arbeiten mit Recht sehr gering ein. (Schluß folgt.)

Wetterer, J. Meine Behandlung der Trichophytia und Sycosis barbae. p. 49.

Bei frischen Fällen von Herpes tonsurans und bei impetiginösen Formen bewirken 2- bis höchstens 3malige Betupfung mit Ac. carb. liquef. stets glatte Abheilung der Affektion ohne Rezidive. Ist es bereits zu ausgedehnter Kreis- oder Girlandenform gekommen, wird das ultraviolette Licht (Hg-Lampe, Kontaktbestrahlung der Finsenlampe) angewendet. Bei eitrigen Follikulitiden, tieferen Infiltraten und Knoten ist die Röntgenbehandlung in Form der sehr harten Strahlung indiziert. Eine unterstützende Wirkung kommt in diesen Fällen der Elektrolyse zu, indem jeder Knoten von verschiedenen Seiten jeweils $1\frac{1}{2}$ Minuten behandelt wird.

Brenning und *Hantsch*. Über Pemphigusbehandlung mit Terpentineinspritzungen. p. 66.

Bericht über 2 Fälle von Pemphigus vulgaris, die mit Einspritzungen einer 20%igen Lösung von Terpentinharz in Olivenöl behandelt wurden. Nach der letzten Injektion traten wohl noch neue Blaseneruptionen auf, aber die Blasen wurden immer kleiner und spärlicher. Der erste Fall konnte 11 Tage nach der 3. Einspritzung, der zweite Fall 14 Tage nach der 4. Einspritzung geheilt entlassen werden.



Gehrmann. Kalzan bei Hautkrankheiten. p. 67.

Autor empfiehlt das Tablettenpräparat Kalzan, ein Doppelsalz von milchsaurem Kalk und milchsaurem Natrium bei verschiedenen Hautkrankheiten; er hat bei je einem Fall von Pruritus vulvae, Psoriasis vulg., Acne vulg., Eczema manum, Eczema mammae, bei Darreichung von Kalzantabletten günstige Erfolge erzielt.

Helle. Zur Ätiologiefrage der Vitiligo, p. 82.

Da bei Erkrankungen der Drüsen mit innerer Sekretion häufig Pigmentanomalien beobachtet werden, ergibt sich die Möglichkeit, daß eine Vitiligo auf einer Funktionsstörung der Drüsen mit innerer Sekretion beruhen kann. Autor hat eine 36jähr. Frau beobachtet, die im 8. Lebensjahr Vitiligo, ca. 20 Jahre später Erscheinungen von Basedow bekam. Er gibt der Vermutung Ausdruck, daß die Vitiligo lange Zeit vor dem sichtbaren Auftreten der Basedowschen Krankheit möglicherweise als erstes Symptom der vermehrten Schilddrüsentätigkeit zu werten ist.

Hugo Fasal (Wien).

The British Journal of Dermatology.

1917. Januar—März.

Cripps, Lucy. Die Eigenschaften des Tetryls und seine Wirkung auf den Menschen. p. 3.

Cripps' Arbeit, die in der Einleitung über die chemischen Eigenschaften des Tetryls — Trinitro-phenyl-methyl-nitramins — berichtet, beschäftigt sich mit den giftigen Einwirkungen der Substanz auf den menschlichen Körper. Die Hauptgruppe der beobachteten Kranken betrifft solche, welche direkt mit dem Tetryl in Pulverform bei der Munitionsherstellung zu tun haben. Es handelte sich bei den zahlreichen Kranken um Dermatitiden mit starker Schwellung der Haut und erythematösen Veränderungen, die in nässende Herde übergingen. Die Lungen wurden in Form von Bronchitiden befallen. Am Magendarmtraktus kam es zu Übelkeit und Erbrechen. Weiter wurde Verlängerung der Periode bei den Arbeiterinnen, Kopfschmerzen, Blutungen, Haarausfall, Verfärbung der Haut beobachtet. Weniger ausgesprochen und häufig waren Vergiftungserscheinungen, welche indirekt durch Übertragung des Tetryls durch Kleider, Papier usw. hervorgerufen wurden.

Ruxton, William L. Über Ursache und Verhütung der durch Tetryl verursachten gewerblichen Erkrankungen. p. 18.



Die Ursache der Dermatitis bei den Tetrylarbeitern sind mechanische durch die Kristalle der Substanz und chemische durch die Zusammensetzung des Stoffes. Die Symptome der Tetrylvergiftung sind: Dermatitiden, welche, wenn keine Vorsichtsmaßregeln ergriffen werden, 32% der Arbeiter befallen, ferner Blutungen aus der Nase, Reizung der Rachenschleimhaut, Magenbeschwerden. Von Vorbeugungsmaßregeln erwiesen sich als wirkungsvoll: 1. das Tragen von langen waschledernen Handschuhen an Händen und Armen; 2. genügende Ventilation der Arbeitsräume; 3. Anbringung von Fächern zur Entfernung des Pulverstaubes.

Molesworth. E. H. Ein Fall von nodöser Bromeruption bei einem Brustkind. p. 30.

Die Mutter des 10 Monate alten Kindes, welches nur Brustnahrung erhalten hatte, bekam seit 3 Monaten wegen Schlaflosigkeit Bromkalium. Bei dem Kinde waren die Hautveränderungen vor $3^1/_2$ Wochen aufgetreten und hatten sich seit dieser Zeit immer ausgesprochener gestaltet. Es handelte sich um Knoten von verschiedener Größe im Gesicht und an den Unterarmen, spärlicher am Stamm. Die Knoten waren fest und elastisch. Sie verschwanden sechs Wochen, nachdem die Mutter das Brom ausgesetzt hatte. Es hatte also offenbar das durch die Milch übertragene Brom das Arzneiexanthem bewirkt.

Oliver. W. Jenkins. Ein Fall von Tinea tonsurans (Mikrosporie) beim Erwachsenen. p. 34.

Die 33jährige Patientin war gleichzeitig mit ihren zwei Kindern erkrankt. Der durch Kultur festgestellte Pilz, über dessen Natur der Autor sich nicht abschließend äußert, war wohl das Mikrosporon audouinii.

Shav, H. Batty und *Loughlin*, D. Ein Fall von Leukocythaemia cutis. p. 36.

Bei dem 37jährigen Patienten begann die Erkrankung vor 8 Monaten mit Schmerzen in den Gelenken und im Rücken. Wenige Tage später entwickelten sich purpurrote Flecken am Körper. Seit 5 Monaten entstand eine Geschwürsbildung am Kreuzbein, und seit 4 Monaten kleine Knotenbildungen in der Haut des Körpers. Bei der Krankenhausaufnahme fiel seine Facies leonina auf, so daß an Lepra gedacht wurde. Es fanden sich zahlreiche weiche Tumoren im Gesicht, am Hals, an den Unterarmen, an den Hüften und an den Beinen. Einige hatten Purpurfarbe, andere ein mehr helleres Rot. Sie waren schmerzlos, nicht tief gelagert und beweglich. Die Haut des Körpers war braun pigmentiert, an den Beinen saß eine Purpura. Die

Schleimhäute waren blaß. In der Gegend der linken Tonsille und am rechten Taschenband fanden sich haselnußgroße Tumoren. Blutbefund bei mehreren Untersuchungen: 830.000—1,800.000 rote Blutkörperchen. Hämoglobingehalt 15 35%. Die roten Zellen zeigen Vakuolenbildung und Poikilozytose. Weiße Blutzellen 3500—6200. Prozentgehalt der kleinen Lymphozyten 56·2%, der großen 6·4%, der Polynukleären 37·4%. Die Autoren berichten über die mikroskopische Untersuchung eines Knotens und den weiteren Verlauf und den Sektionsbefund des letal endigenden Falles.

Corbett, Dudley. Ein Fall von Lymphadenom mit Hautveränderungen. p. 42.

Über den Fall hat schon Knowsley Sibley im Februarheft 1915 in dem Brit. Journ. of Dermat. berichtet. Die damals beobachtete papulöse Eruption hatte bei dem jetzt 18jährigen Patienten erheblich zugenommen. Die Leistendrüsen waren erheblich geschwollen. Milzvergrößerung. Blutbefund: 5 Millionen rote Blutkörperchen. Hämoglobingehalt 80%. Im Kubikmillimeter 30.640 weiße Blutkörperchen; polymorphkernige 10%, kleine Lymphozyten 35, 75%, große Lymphozyten 8, 5%, große hyaline 2, 5%, eosinophile 34%, basophile 0·25%.

1917, April—Juni.

Adamson, H. G. Ein Fall von multiplem ulzeriertem Basalzellenepitheliom mit zoniformer Verteilung, möglicherweise von den Schweißdrüsen ausgehend. p. 81.

Die 72jährige Patientin wies auf der linken Bauchseite 36 Knötchen von verschiedener Größe auf. Einige standen einzeln, andere waren gruppiert oder gingen in einander über. Die größeren Knötchen waren geschwürig zerfallen und wiesen in den zentralen Partien dünne Krustenauflagerungen auf; sie hatten den schmalen doppelt konturierten Rand des Ulcus rodens. Mikroskopisch bestanden die Geschwulstmassen aus Basalzellen. Gruppen dieser Zellmassen scheinen von den Schweißdrüsen auszugehen. Der Fall ähnelt dem von Norman Paul in Brit. Journ. of Dermat. 1916, p. 106 als Syringom beschriebenen Fall, welcher vielleicht ein Übergangsbild zu dem eben beschriebenen und den linearen Nävi vom Syringomtypus Petersons und Elliotts bildet.

Semon, H. C. Einige neuere Erfahrungen mit reinem Kohlenteer (Pix carbonis präparata B. P.) nach französischen Angaben. p. 83.



Es handelt sich um eine Mixtur aus Koaltar, Azeton und Collodium elasticum, zu gleichen Teilen. Semon schließt: 1. Im Teer — sowohl im reinen Teer wie in seinen Kombinationen mit Kollodium und Azeton — haben wir ein sehr einfaches, sicheres, billiges und schnelles Mittel zur Behandlung verschiedener chronischer und juckender Hautkrankheiten. 2. Verbände sind nicht notwendig. 3. Die Lösung darf nie auf eiternde Flächen gebracht werden.

Mc. Donagh, J. E. R. Die Wirkung und die Rolle der Kolloide in der Chemotherapie. p. 93.

In der Einleitung geht Mc. Donagh kurz auf den Begriff der Chemotherapie ein. Er bestreitet, daß das Arsenobenzol die Syphilis heilt In früheren Arbeiten hat der Verfasser die Ansicht vertreten, daß der Körper in natürlicher Weise die Krankheiten durch Eiweißpartikeln im Serum und in gewissen Zellen (Plasmazellen) bekämpft. Diese Eiweißpartikeln sind kolloidale Teilchen, besitzen die Brownsche Bewegung und töten die Parasiten durch eine chemisch-physikalische Oberflächenwirkung, welche durch drei Faktoren reguliert wird, erstens dadurch, daß die Eiweißteilchen eine annähernd homologe stereochemische molekulare Konfiguration besitzen, wie die Eiweißpartikelchen der Parasiten, zweitens und drittens durch Oxydation und Reduktion. Diese letzteren beiden Faktoren sind durch die Chemotherapie zu beeinflussen. Arsenik und Quecksilber erfüllen bei der Syphilis nur einen Teil des chemotherapeutischen Programms. Der Verfasser berichtet über eine Anzahl von Elementen, welche er im kolloidalen Zustande therapeutisch benutzt hat und gibt an, mit diesen gute Resultate erzielt zu haben. Bezüglich der Wirkung der einzelnen kolloidalen Präparate sei auf das Original verwiesen.

Bruce, John. Die Behandlung der Krätze mit Schwefelräucherung. p. 100.

Bruce berichtet ausführlich (in einem auf der Dermatologischen Abteilung der Royal Society gehaltenen Vortrag über die Behandlung der Krätze mit Schwefelräucherungen. An der sehr eingehenden Diskussion wird darauf hingewiesen, daß diese Behandlungsmethode keineswegs neu ist, Hebra schon gut bekannt war, aber von ihm wegen der mit ihr verbundenen Hautreizungen verworfen wurde.

Brown, W. Herbert und *Hargreaves*, H. Ein Fall von gonorrhoischer Keratosis. p. 107.

Der Patient von Brown und Hargreaves hatte

bereits zweimal eine Gonorrhoe ohne Komplikationen durchgemacht. Die dritte Genorrhoe führte zu einer beiderseitigen Kniegelenksentzündung, an welche sich mehrere Wochen später Hautverdickungen an der Fußsohle anschlossen. Die Autoren verweisen auf eine zusammenfassende Arbeit von Graham Little in dem Practitioner. Dez. 1916.

Pernet, George. Morphoea-Sklerodermie der Schienbeine mit Osteitis deformans. p. 110.

Der 54jährige Patient Pernets beobachtete seit etwa 18 Monaten Hautverdickungen an den Schienbeinen. Sie erwiesen sich bei der Untersuchung als speckig aussehende, blaßbraune Herde mit deutlichem Lilasaum. Der Patient wies Biegungen an den langen Knochen und an der Wirbelsäule auf, die nach dem Röntgenbilde als Osteitis deformans zu bezeichnen sind.

1917. Juli—September.

Mac Cormac, Henry. Hautkrankheiten und ihre Behandlung im Kriege. p. 141.

Mac Cormac berichtet ausführlich über die von ihm in einem Lazarett in Frankreich behandelten Hautkranken. Einen besonders großen Raum nehmen bei diesen Fällen natürlicherweise die Krätze und Pedikulosisfälle und die Pyodermie ein. Besonders eingehend äußert sich der Autor an der Hand zahlreicher Abbildungen über Ekthyma. Ein besonderer Abschnitt ist der Seborrhöe gewidmet. Die auf der Dermatologischen Sektion der Royal society of medicine vorgetragenen Ausführungen geben Anlaß zu einer längeren Diskussion, die für die Leser dieser Zeitschrift kaum neues bringen dürfte.

Semon, H. C. und *Barber*, H. W. Pyodermie parasitären Ursprungs. p. 173.

Semon und Barber betonen, daß bei den Soldaten die Pyodermie des Kopfes, Gesichtes und Nackens gewöhnlich mit der seborrhoischen Diathese (Dariers „Kerose“) vergesellschaftigt ist, während ihr Vorkommen am Stamm und an den Gliedern gewöhnlich die Begleiterscheinung oder Folge einer voraus parasitären Infektion, der Skabies oder Pedikulosis ist. Unter der Krätze kann man drei Erscheinungsformen praktisch unterscheiden: 1. die frische Krätze, 2. die Krätze mit sekundären pyogenen Infektionen, 3. Krätzefälle mit seborrhoischer Diathese. Unter den Pyodermien nach Pedikulosis kann man unterscheiden: 1. oberflächliche Pusteln und Furunkel, 2. zirkuläre mit Krusten bedeckte Veränderungen von verschiedener Tiefe,



3. sehr charakteristische lineäre Veränderungen, vermutlich eine Folge der unter 2. erwähnten Erscheinungen und der oberflächlichen Kratzeffekte.

Borberg, N. C. Über die Luetinreaktion und die Wirkung des Jods. p. 190.

Borberg kommt in seinen Ausführungen zu folgenden Schlüssen: Durch die Verabreichung von Jod wird eine Umstimmung des Organismus hervorgerufen, welche sich offenbart in einer Zunahme der entzündlichen Reaktion um bakterielle Herde. Diese Verstärkung, welche vielleicht abhängig ist von der Aufspaltung der Jodpräparate, ist vermutlich die Basis für die Wirkung des Jods auf chronisch entzündliche Exsudationen und besonders auf solche syphilitischer Natur. Während der Behandlung mit den üblichen medizinischen Dosen der Jodsalze wird die Luetinreaktion positiv, gleichgültig ob der Patient syphilitisch ist oder nicht. Eine positive Reaktion des Luetins fand sich nur bei mit Jod behandelten Patienten.

Weber, F. Parkes. Ein bemerkenswerter Fall von Xanthoma tuberosum multiplex. p. 202.

Bei der 66jährigen Patientin Webers hatte sich die Hauterkrankung nach und nach in den letzten 8 Jahren entwickelt und zu gelben Knoten am Stamm und im Gesicht geführt. Keine innere Erkrankung. Urin zuckerfrei.

1917. Oktober—Dezember.

Brown, W. H. Eine klinische Studie über einige in Frankreich beobachtete pyogene Hauterkrankungen. p. 241.

Brown beschäftigt sich in der vorliegenden Arbeit mit den häufigen Streptokokkeninfektionen des Gesäßes und der unteren Gliedmaßen, welche zu ausgedehnten Gewebsstörungen führen. Es handelt sich um eine Form der Inpetigo, wie sie in milderer Form so häufig im Gesicht und am Kopfe auftritt. Der differente Verlauf wird zum Teil erklärt durch die Lokalisation und durch die größere Reizung durch Schmutz und Schweiß. Aus den primären Pusteln gelingt es häufig den Streptokokkus rein zu züchten. In den größeren Herden findet man oft gleichzeitig den Staphylococcus albus und aureus. Die besten Resultate ergab eine Salbe mit 20—30% Ichthyol, ein Sechstel Prozent Sublimat; eine Wismuth-Jodoform-Paraffinpaste, Eusol und Borsäureumschläge.

Weber, F. Parkes. Unilaterale Striae atrophicae (Striae cutis distensae) des Thorax. p. 2?7.

Im Anschluß an eine Krankenbeobachtung, bei der



sich Striae atrophicae durch die Lage des Patienten im Bett einseitig entwickelt hatten, äußert sich Weber über die Striae atrophicae im allgemeinen. Sie sind die Ursache von Dehnung und Ruptur der unteren Kutisschichten. Wenn man sich auf die Fälle beschränkt, die nicht durch Schwangerschaft, Aszites, große Tumoren, arthritische Schwellungen, subkutanes Ödem oder besonders rapides Wachstum des subkutanen Fettes, verursacht werden, so kann man zwei Unterabteilungen unterscheiden: *a*) Fälle von Striae atrophicae um Schultern, Ellbogen, Hüften, Gesäß durch schnelles lokales oder allgemeines Wachstum in der Jugendzeit. Fast alle Fälle von s. g „idiopathischen" Striae atrophicae gehören in diese Gruppe. *b)* Fälle, wie der oben beschriebene, welche vergesellschaftigt sind mit einer fieberhaften oder herunterbringenden Krankheit. In diese Gruppe gehören die Fälle, welche bei Typhus, Appendizitis, Kolititis, Dysenterie, Rheumatismus, schwerer Lungentuberkulose, Pneumonie, Meningitis cerebrospinalis etc. beobachtet wurden.

Le Feuvre, W. P. Über den gemeinsamen Ursprung von Zoster und Varizellen. p. 253.

Le Feuvres Arbeit bringt reichliches Material über den Zusammenhang von Zoster und Varizellen in ätiologischer Beziehung. Bei einer Anzahl von Fällen fand er folgende bemerkenswerte Zusammenhänge: 1. Das Auftreten von Varizellen bei einem Individuum nach dem Auftreten von Zoster bei einem anderen, getrennt durch die gewöhnliche Inkubationszeit der ersten Krankheit (etwa 21 Tage). 2. Keine anderen Infektionsquellen, als die Fälle von Zoster waren nachweisbar. 3. In der Majorität der Fälle ergab sich Zoster beim Erwachsenen (gewöhnlich einem der Eltern) gefolgt von Varizellen beim Kinde. Weiteres Studium der Frage läßt den Autor folgende zu unterscheidende Typen aufstellen: 1. Varizellen bei einem Individuum, zurückzuführen auf Zoster bei einem anderen (41 Beobachtungen). 2. Zoster auf Varizellen als Infektionsquelle zurückzuführen (5 Beobachtungen). 3. Zoster und Varizellen gleichzeitig bei demselben Individuum und zu derselben Zeit (4 Beobachtungen).

Brown, W. Herbert. Kongenitale ichthyosiforme Erythrodermie. p. 263.

Brown berichtet an der Hand von Abbildungen über einen Fall der zuerst von Brocq 1902 beschriebenen kongenitalen ichthyosiformen Erythrodermie. Die Hauptcharaktere dieser Erkrankung und ihre Unterscheidungsmerkmale gegenüber der wahren Ichthyosis sind das Be-



stehen einer Erythrodermie und die Teilnahme der Beugen und entweder der Handteller oder der Fußsohlen bei dieser kongenitalen ichthyosiformen Erythrodermie. Die meisten Fälle wurden in Frankreich beobachtet. Nur zwei Fälle wurden aus Amerika beschrieben. Ausführliche Literatur im Journal of cutaneous diseases. Mai—Juni. 1917. Die Erkrankung ist bei der Geburt nicht zu sehen, aber erscheint bald nachher. Beide Geschlechter werden in gleicher Weise befallen. Bei einigen Fällen war Heredität vorhanden.

Whitfield, Arthur. Ein Fall von syphilitischer Eruption ausgelöst durch die Verabreichung von Bromkalium. p. 267.

Whitfield berichtet über einen eigenartig verlaufenden Fall, bei dem sich im Anschluß an eine Bromdarreichung eine Hauteruption gebildet hatte. die als Bromoderm imponierte. Später entwickelte sich eine ähnliche Hauteruption, die als syphilitisch gedeutet werden mußte.

Beatty, Wallace. Ein Fall von Sporotrichose. p. 270.

Es handelt sich um den ersten Fall von Sporotrichose, der aus Irland berichtet wird. Er betrifft die lymphangitische Form der Sporotrichose, die von einem primären Herde „dem sporotrichotischen Schanker" ausging. Die Infektion war vermutlich von afrikanischem Baste ausgegangen. Die Diagnose wurde durch das Kulturverfahren gesichert.

1918. Januar—März.

Whitfield, Arthur. Über neuere Untersuchungen über die Natur und Bildung des Pigments. p. 1.

Eingehendes Referat über die Arbeiten Bruno Blochs aus dem Archiv.

Weber, F. Parkes. Ein Fall von schnell tödlich verlaufender Mykosis (Granuloma) fungoides. p. 7.

Die Krankheit hatte bei der 53jährigen Patientin im April 1917 begonnen. Im November 1917 trat der Exitus ein. Der Fall war, was die Hauterscheinungen betraf, absolut typisch. Die Sektion ergab eine Endokarditis der Mitralklappe, von der Art der sekundären malignen Endokarditis, eine Milz mit zwei embolischen Infarkten, eine Muskatnußleber. eine leichte interstitielle Nephritis. Offenbar war der Fall unter dem Einfluß schwerer septischer Komplikationen so schnell verlaufen.

Weber, F. Parkes. Ein Fall von Pruritus bei

Hodgkinscher Krankheit — Lymphogranulomatosis pruriginosa. p. 15.

Bei dem 34jährigen Patienten hatte die Krankheit vor einem Jahre mit Jucken und dem Auftreten kleiner roten Flecken begonnen. Zwei Monate später traten Drüsenschwellungen auf. Bei der Untersuchung ergab sich neben einer braunen Pigmentierung der Haut eine stark juckende Eruption aus zahlreichen kleinen Papeln am Rumpf und an den Hüften. Einige der Papeln waren frisch rot. Vergrößerung der Hals-, Achsel- und Leistendrüsen. Die Blutuntersuchung ergab 5·2 Millionen rote, 8900 weiße Blutkörperchen. Die mikroskopische Blutuntersuchung ergab keine Abweichung von der Norm.

Dore, S. E. Ein Fall von Hauttuberkulose nach Tätowierung. p. 22.

Bei dem 29jährigen Patienten Dores hatte sich jahrelang nach der Tätowierung (die Zeit ist deswegen nicht genau zu fixieren, weil der Patient mehrere Male tätowiert wurde) eine Hauteruption in der Tätowierung gebildet, die teils einen erhabene Lupus vulgaris, teils eine Bildung darstellte, die einem papulo-nekrotischen Tuberkulid ähnelte. Nach der Ansicht des Patienten waren die Krankheitsherde an den Stellen aufgetreten. wo zuletzt die Tätowierung retuschiert wurde, also etwa $1^3/_4$ Jahre seit der Vornahme der Operation.

Paul, S. Norman. Hereditäre Angiome (Teleangiektasien) mit Epistaxis. p. 27.

Der Zustand bei den befallenen Mitgliedern der Familie beginnt mit starkem Nasenbluten, welches häufig wiederkehrt, in der Kindheit. Später treten die Angiome im Gesicht auf und nehmen mit den Jahren an Zahl zu. Auch die Schleimhäute der Lippe, der Zunge und des Gaumens nehmen an der Angiombildung teil. Der Verfasser gibt den Stammbaum der Familie wieder. Das weitest zurückliegendste Mitglied, welches befallen war, ist die Urgroßmutter der Patientin, deren beide Töchter den krankhaften Zustand aufwiesen. In der dritten Generation sind von 15 Personen 8 befallen. In der vierten Generation weisen von 9 Mitgliedern 8 den krankhaften Zustand auf. Zu dieser Generation gehört die Patientin, deren beide Kinder noch jung das Nasenbluten als Beginn des krankhaften Zustandes zeigen. Ein Geschlechtsunterschied beim Befallensein scheint nicht zu bestehen. Die Affektion wurde zuerst von Osler als „a Family of re-

curring Epistaxis, associatesd with multiple Teleangiectases of the Skin and Mucous Membranes" 1907 beschrieben.

Fritz Juliusberg (Posen).

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1918—1919. Nr. 1—11.

Nr. 1.

Favre, M. Eosinophile pruriginöse Adenie. Beitrag zum Studium der lymphadenitischen Prurigo. p. 1.

Verf. versteht unter eosinophiler pruriginöser Adenie einen Symptomenkomplex, der charakterisiert ist durch Schwellung der Drüsen verbunden mit starkem Pruritus, Leukozytose im Blute und Eosiniphilie. Die frischen Schübe gehen mit Fieber einher. Durch das Kratzen kommt es häufig zu sekundären Prurigoknötchen. In den Drüsen findet sich eine starke Anhäufung von eosinophilen Zellen. Die Leukozytose im Blute ist eine mäßige und beträgt gewöhnlich ungefähr 20.000. Die Polynukleären wiegen vor und können 90% ausmachen, während die Eosinophilen bis 15% erreichen können.

Verf. hält die Affektion für eine spezifische Infektionskrankheit mit bis jetzt unbekanntem Erreger, die mit Tuberkulose nichts zu tun habe. Die Tierversuche mit Drüsengewebe sollen alle negativ ausgefallen sein.

Jörgen Schaumann. Positive Wassermannsche Reaktion bei zwei Fällen von Tuberkuliden. p. 8.

Verf. hat zwei Fälle von Tuberkuliden beobachtet, bei denen die W.-R. positiv ausfiel. Beim ersten Fall handelte es sich um eine 38jährige Frau ohne Zeichen von Lues aquisita oder hereditaria, die an Lupus erythematodes und papulo-nekrotischen Tuberkuliden litt. Die Reaktion war stark positiv. Auf Hg-Injektionen gingen die Tuberkulide nicht zurück. Die Luetinreaktion fiel negativ aus, während die Tuberkulinreaktion ein positives Resultat ergab und zur Bildung von neuen Tuberkuliden führte.

Im 2. Falle handelte es sich ebenfalls um noduläre und papulo-nekrotische Tuberkulide verbunden mit einer Conjunctivitis phlyctenulosa. Tuberkulinreaktion stark positiv, W.-R. ebenfalls stark positiv. Klinisch keine Zeichen von Lues.

Azémar, A. Klinische und physiologische vergleichende Studie über die rektale Anwendung und Absorption des Novarsenobenzols. p. 14.



Azémar hat die rektale Verabreichung des Novarsenobenzols und die Ausscheidung des As durch den Urin studiert und vergleichende Untersuchungen mit der intravenösen Applikation des Novarsenobenzols gemacht. Er kommt zu folgenden Schlußfolgerungen:

Das Präparat kann ohne Schaden in großen Dosen — durchschnittlich 0·9 Novarsenobenzol — gegeben werden. Es wird in sterilem destilliertem Wasser oder in physiologischer Kochsalzlösung gelöst. Menge 10—20 *ccm*. Der Lösung werden noch 10—15 Tropfen Tinkt. Opii zugesetzt. Vor der Injektion muß eine tüchtige Darmentleerung stattfinden durch Spülung des Darms mit 2—3 l. Wasser. Bei der Einverleibung des Mittels ist darauf zu achten, daß keine Luft miteingebracht wird. Die Sonde ist 6 *cm* weit ins Rektum einzuführen und die Einverleibung hat langsam mittels steriler Spritze zu erfolgen. Bei den größern Dosen erfolgt alle 6 Tage eine Injektion, in toto etwa 5. Eine Kombination mit Hg ist gestattet.

Was die Ausscheidung durch den Urin betrifft, so tritt sie etwas später ein, als nach der intravenösen Injektion, sie beginnt etwa 2 Stunden nach der Applikation, nimmt bis zum 3. Tage zu, von da an ab, um am 6. Tage zu verschwinden. Bei der intravenösen Anwendung dauert die Arsenausscheidung länger und ist kräftiger. Die Mengen variieren stark, nicht nur individuell, sondern bei demselben Individuum im Verlaufe der Kur. Die Menge ist ungefähr proportional dem Gewicht des injizierten Arsens.

Die rektale Behandlung mit Novarsenobenzol ist eine einfache, leichte und relativ wirksame Methode, erreicht aber die intravenöse Injektion in bezug auf die therapeutische Kraft nicht. Die Erfolge sind weniger rasch, weniger konstant und nicht so dauernd wie bei der intravenösen Applikation. Hingegen sind die Nebenerscheinungen sehr gering. Die Methode kann in jedem Alter und bei allen Personen angewendet werden.

Montpellier. Fall von Urticaria pigmentosa. p. 32.

Fall von sehr ausgedehnter Urticaria pigmentosa bei einem 6jährigen Knaben, bei dem das Exanthem 2 Tage nach der Geburt mit einem masernähnlichen Exanthem, das mit starkem Pruritus einherging, begonnen haben soll. Allmählich wurden die Effloreszenzen braun und z. T. erhaben. Ätiologisch und histologisch konnten keine neuen Befunde erhoben werden. Im Blute war eine leichte Lymphozytose zu konstatieren. Von Seite der Leber kein pathologischer Befund. Auf Tuberkulin positive Reaktion,



Wassermann negativ. Tierversuch auf Tuberkulose negativ.

Audry. Multiple Clavi der Handteller und Fußsohlen auf hereditäter Grundlage. p. 29.

41jährige Frau mit zahlreichen Clavi an den Handtellern und Fußsohlen, die Pat. im 15. Lebensjahr sich entwickeln sah. Sie sollen im Laufe der Jahre stetig zugenommen haben. Die gleiche Affektion soll beim Großvater, der Mutter und 3 Schwestern der Mutter bestanden haben.

Nr. 2.

Brocq, L. Neue Bemerkungen über die Ekzeme. pag. 49.

In dieser Arbeit entwickelt Brocq seine neuesten Ansichten über die Pathologie und Ätiologie der Ekzeme. Er unterscheidet hauptsächlich 3 Typen von Ekzem, die morphologisch und vielleicht auch ätiologisch von einander verschieden sind: 1. Das eigentliche Ekzem mit den typischen Bläschen — Eczema vesiculosum —, 2. das papulo-vesikulöse Ekzem, 3. das Eczema seborrhoicum. Alle diese Typen können ineinander übergehen (faits de passage), oder mit einander resp. neben einander vorkommen. Ätiologisch spielen nach Verf. beim vesikulösen Ekzem die äußern Reizungen und die banalen Mikroorganismen die Hauptrolle, während für die papulo-vesikulösen Formen mehr die Autointoxikationen als ätiologisches Moment in Betracht kommen. Verf. beschreibt die beiden Formen noch zusammen, weil sie klinisch manchmal schwer zu differenzieren seien. Häufig kommen auch die komplexen Dermatosen vor, die aus der Verschmelzung zweier oder mehrerer einfacher Dermatosen resultieren.

Brocq beschreibt die Läsionen dieser 3 Typen vom klinischen Standpunkte aus. Beim seborrhoischen Ekzem legt er einen Hauptwert auf das von ihm inaugurierte „grattage méthodique". Im Gegensatz zur Psoriasis soll hier das Häutchen fehlen. Im Übrigen sind die roten squamösen Flecke charakteristisch.

Auch therapeutisch sollen sich diese verschiedenen Ekzemtypen verschieden verhalten. Das vesikulöse Ekzem reagiert hauptsächlich auf den rohen Steinkohlenteer ebenso die papulovesikulösen Formen. Letztere können zweckmäßig auch mit Zinkpaste behandelt werden, der $^1/_{20}$ bis $^1/_5$ Teer zugesetzt wird. Die seborrhoischen Ekzeme reagieren auf Ichthyol, Thigenol. Tumenol, Holzteer usw. Das sind nach Verf. allerdings nur die großen Linien. Bei jedem Falle sind die individuellen Empfindlichkeiten zu



berücksichtigen. Dazu kommen die allgemeinen diätetischen Vorschriften. Beim seborrhoischen Ekzem warnt Verf. noch speziell vor zu starker Stickstoffzufuhr.

Dubreilh. Acanthosis nigricans oder Melanopapillomatose der Karzinomatösen. p. 67.

Fall von Magenkarzinom bei einem 22jährigen Manne, bei dem es zu einer ausgesprochenen Melanodermie wie bei Acanthosis nigricans kam. Die Haut war dunkelbraun, besonders am Hals, in den Achselhöhlen, in der Genitalgegend usw. Am Rumpf zeigte sich nur eine etwas ausgesprochenere Hautfaltung, während am Hals und in den Achselhöhlen schon deutliche kleine papillomatöse Wucherungen zu konstatieren waren. Am Gesäß und den Handrücken kam es zu ausgesprochenen verrukösen Wucherungen. Diese Verrukositäten waren teils schwarz, z. B. am Nabel, teils braun (Handrücken und Gesäß).

Der Fall kam ad exitum und Verf. hatte Gelegenheit, ihn histologisch zu untersuchen. Neben einem Magenkarzinom waren die typischen Papillome der Haut zu konstatieren, wie sie schon von den andern Autoren beschrieben sind. Daneben fand Verf. aber in den tiefern Kutisschichten kleine Nester und Züge von karzinomatösen Zellen ohne entzündliche Reaktion der Umgebung. Diese Veränderungen waren namentlich in der Gegend der Gefäße zu konstatieren und saßen in den Lymphgefäßen.

Fernand Clement. Angina Vincenti, die einen Tonsillarschanker vortäuschte. Heilung durch Novarsenobenzol. p. 75.

Fall von Angina Vincenti bei einem 26jährigen Soldaten in Form einer stark gewucherten ulzerierten rechten Tonsille mit graulichem pseudomembranösen Exsudat bedeckt. Drüsen am rechten Unterkiefer geschwollen. Bakteriologisch fanden sich die fusiformen Bazillen und Spirillen, die für Angina Vincenti charakteristisch sind. Auf 2 Novarsenobenzolinjektionen Heilung.

Simon und *Gastinel.* Fall von Papillomatose der Mundschleimhaut. p. 77.

Fall von Papillomen der Mundschleimhaut, die hauptsächlich in der Zwischenzahnlinie der Wangenschleimhaut, an der Ober- und Unterlippe lokalisiert waren. Daneben waren ausgesprochene Talgdrüsen an der Schleimhaut zu konstatieren. Die Papillome waren teils gestielt, teils saßen sie flach auf, teils waren sie wie Sagokörner in die Haut eingelassen und machten den Eindruck von opalartigen Flecken. An der Lippenschleimhaut hatten die Wucherungen



mehr den Charakter von juvenilen Warzen. Histologisch wurde die Diagnose Papillom bestätigt.

Dubreuilh. 3 mit Radiotherapie behandelte Fälle von Acrodermatitis suppurativa continua. pag. 79.

Verf. hat 3 Fälle von Acrodermatitis suppurativa continua, bei denen die gewöhnlichen therapeutischen Versuche völlig scheiterten, mit Röntgenstrahlen behandelt und zwar mit mehreren ziemlich kräftigen Dosen — durchschnittlich 7 H pro Sitzung. — Es kam dabei regelmäßig zu einer starken Hautreaktion in Form starker ödematöser Schwellung und dunkelroter Verfärbung der Haut mit einer Unzahl von punktförmigen intraepithelialen Hämorrhagien. Die Hornschicht wird durch ein starkes Ödem des Stratum malpighi abgehoben. Nach erfolgter Desquamation bildete sich eine neue Epidermis, ohne daß neue Pusteln erschienen. Obschon die Beobachtung noch etwas kurz ist, glaubt Verf. doch, daß möglicherweise auf diese Weise Heilung der äußerst hartnäckigen Affektion erzielt werden könne.

Azémar, E. Schankerähnliche Vakzineläsionen der Vulva bei einer Erwachsenen. p. 88.

24jährige Pat. wurde am Arm geimpft. Pat. suchte sich die Vakzine mittels mit Urin benetztem Taschentuch wegzuwischen. Auf diese Art ist offenbar eine Übertragung auf die Vulva erfolgt. 11 Tage nach der Impfung verspürte Pat. ein starkes Brennen beim Urinieren und Jucken. Neben Vakzinepusteln am Arm waren mehrere Pusteln an den Labien zu konstatieren mit starkem Ödem. Die Läsionen machten den Eindruck von Primäraffekten. Wassermann negativ, keine Zeichen von Lues. Weiterer Verlauf normal.

Labernadie. Durch Tragen der Maske M-2 verursachte Dermatitis. p. 91.

?0jähriger, sonst gesunder Mann trug die Maske M-2 20 Minuten zu Übungszwecken. Bald nach dem Anziehen der Maske verspürte er ein intensives Brennen. Nach der Wegnahme der Maske war das Gesicht gerötet. Es bestand ein heftiges Jucken und Spannungsgefühl, die sich während der folgenden Nacht noch steigerten. Am folgenden Tag waren im Gesicht zahlreiche rote, leicht erhabene Flecke zu konstatieren, in deren Bereich stecknadelkopfgroße, teils isolierte, teils in Gruppen stehende wasserhelle Bläschen saßen. Die Affektion schnitt gerade am Rande der Maske ab. Nach 6 Tagen Heilung.

Auf Applikation von thioschwefelsaurem Natrium zeigte sich beim Pat. eine lamellöse Abschuppung der



Haut. Die Affektion zeigte sich jedesmal nach dem Tragen der M-2 Maske.

Nr. 3.

Simon, C. und *Gastinel*, P. Serologische Untersuchungen in der Primärperiode der Lues. p. 97

An Hand von 90 Fällen von Primäraffekt haben die Verf. vergleichende Untersuchungen angestellt über den Ausfall der Serumreaktion nach den Methoden von Wassermann und von Hecht. Bei den meisten Pat. war die Diagnose durch den Nachweis der Spirochäte pallida gesichert. Die Patienten wurden kombiniert mit Arsenobenzol und Hg cyanatum behandelt und zwar erhielten sie durchschnittlich 4—5 *g* Novarsenobenzol und 0·15 - 0·18 Hg. Es zeigte sich, daß die Hechtsche Reaktion konstanter, frühzeitiger und dauernder ist als die Wassermannsche Reaktion, daß sie aber delikater ist und leicht zu Irrtümern führt. Die Verf. möchten sie nicht allein angewendet wissen. in Verbindung mit dem Wassermann könne sie aber gute Dienste leisten, indem die Empfindlichkeit der einen Methode mit der Exaktheit der andern unter Umständen wertvoll sei.

Was den Ausfall der Reaktion in Bezug auf den Zeitpunkt des Auftretens des Schankers betrifft, so zeigte es sich, daß im allgemeinen die W.-R. bis zum 14. Tage nach Beginn des Primäraffektes negativ, nach dem 2.. Tage positiv ausfiel. Betreffend den Infektionstermin trat die positive Reaktion zwischen dem 40. und 50. Tage post infectionem auf.

Was die Therapie betrifft, so wäre es nach den Verf. gefährlich, sich bei derselben nur nach dem Ausfall der Reaktion zu richten, da starke Schwankungen dabei vorkommen.

Cassar und *Tapie*. Fall von subleukämischer Erythrodermie, bei dem es zu einer Pseudoheilung kam. p. 114.

Fall von Erythrodermia generalisata kombiniert mit Herz- und Nierenerscheinungen, sowie mit Schwellung der Drüsen. Die Haut war gerötet, trocken und mit festhaftenden Schuppen bedeckt. Hie und da kleine Exkoriationen, von Kratzeffekten herrührend. Im Blute eine leichte Leukozytose (22.000 W. B.). Im Verlaufe der Krankheit kam es zu Ascites und Pleuritis. Unter Diät und Salbenbehandlung kam es allmählich zu einer bedeutenden Besserung des Allgemeinbefindens. Nach einer Grippe-ähnlichen Attacke, die zu einer starken Abschilferung der Haut geführt hatte,



trat eine fast komplette Heilung der letztern ein, bis Pat. plötzlich einer eingeklemmten Hernie erlag.

Civatte. A. Abnorme Form von papulo-pustulöser Syphilis. p 121.

Verf. beobachtete bei Arabern papulo-pustulös luetische Exantheme, die z. T. auch am Penis, an der Glans und am Pubis lokalisiert waren. 2 Fälle konnte er etwas näher verfolgen und histologisch untersuchen. Es handelt sich dabei um nicht follikuläre häsionen, die in der Kutis um Kapillargefäße herum entstehen. Es kommt zuerst zu einer Anhäufung von Lymphozyten und Mononukleären, sowie von gewucherten Bindegewebszellen. In der Mitte dieser Infiltrate erfolgt eine Degeneration, Bildung von epithelioiden und Riesenzellen, zur Verkäsung, Anhäufung von Polynukleären, Erweichung, Pustelbildung und Perforation nach außen, oder gegen einen Follikel zu.

Den Grund zu dieser abnormen Eruption sieht Verf. in Terrainverhältnissen. Da die beiden genauer beobachteten Pat. an Skrofeln litten, so kommt nach Civatte auch dieses Moment in Frage.

Thibierge, G. Eine durch den Explosivstoff einer deutschen Fliegerbombe verursachte Dermatitis vom Charakter der Dyshidrosis. p. 131.

Fall von Dyshidrosis-ähnlichem Exanthem an den Seitenflächen der Finger, bei einem Soldaten, der 3 Tage zuvor Holz gespalten hatte, das von einem durch eine deutsche Fliegerbombe zerstörten Hause stammte. Das Holz soll z. T. mit einem gelblichen Puder bedeckt gewesen sein. Das Holz wurde erst 8 Monate nach der Explosion verarbeitet.

Dubreuilh, W. Skabies am Rücken und im Gesicht. p. 133.

D. hat 6 Fälle von Skabies beobachtet, die eine gewisse Eigentümlichkeit zeigten, indem sie nicht den gewöhnlichen Polymorphismus des Exanthems aufwiesen, sondern sich durch eine gewisse Einförmigkeit der Läsionen auszeichneten. Das Exanthem bestand aus lentikulären, unregelmäßigen roten Knötchen, die im allgemeinen von einer Kruste bedeckt waren. Bei allen Fällen konnten Milbengänge am Rücken und im Gesicht konstatiert werden.

Nr. 4.

Trèmolières, M. F. Keratosis gonorrhoica. p. 145.

Kritische Studie über die Keratosis gonorrhoica an Hand der Literatur ohne eigene Beobachtungen.



Adrian und *Hügel.* Abortive Formen von Recklinghausenscher Krankheit. p. 152.

2 Fälle von Recklinghausenscher Krankheit in Abortivform beobachteten Adrian und Hügel in der Universitätshautklinik in Straßburg. Es handelte sich in beiden Formen um reine Pigmentierungen ohne Nervenveränderungen und Hauttumoren. Im zweiten Falle sprach aber die zurückgebliebene allgemeine körperliche und geistige Entwicklung für die Diagnose. Beim ersten Fall entwickelten sich überdies später die typischen Hauttumoren. Beim 2. Fall war der Vater wenig intelligent und die Großmutter imbezill. Verf. vermuten, die Recklinghausensche Krankheit sei nur ein Glied in der Kette der allgemeinen Degenerationsprozesse, wofür ihnen die Familienanamnese des zweiten Falles zu sprechen scheint.

Mougeot. Erhaltung des okulokardialen Reflexes bei selbst mit Aortitis komplizierter hereditärer Lues. p. 157.

Mougeot hat bei einer großen Zahl von Fällen hereditärer Lues den okulo kardialen Reflex geprüft und gefunden, daß er bei Abwesenheit von Enzephalitis, nicht nur erhalten, sondern öfters sogar erhöht sei im Gegensatz zur erworbenen Lues. Wo aber myeloenzephalitische Symptome bestehen, ist er auch bei der Lues hereditaria konstant aufgehoben.

Thibierge, G. Pigmentierung der unbedeckten Körperteile bei Granatdrehern. p. 171.

Verf. hat bei 2 Fällen, einem 39jährigen Mann und einer 47jährigen Frau, die in einer Munitionsfabrik mit dem Drehen von Granatköpfen beschäftigt waren, eine dunkle Pigmentierung des Gesichtes, des Halses, der Hände und z. T. der Vorderarme, kurz der unbedeckten Körperteile beobachtet. Die Pigmentierung war sehr dunkel, so daß die Pat. aussahen, wie wenn sie an Addisonscher Krankheit litten. Die Haut selbst zeigte im übrigen kaum nennenswerte Veränderungen. Bei der Arbeit verwendeten beide Pat. ein Schmieröl, das sehr unrein gewesen sein soll und von dem bekannt ist, daß es häufig Follikulitiden erzeugt, die unter dem Namen „boutons d'huile" bekannt sind. Verf. vermutet, daß dieses Öl auch die Ursache der Pigmentierung ist. Die histologische Untersuchung des einen Falles ergab ein Infiltrat in der Kutis mit reichlich Mastzellen vom Charakter des Lupus erythematodes. Daneben große Blöcke von Pigment in der Kutis. Das Pigment soll von den entzündlichen Erscheinungen her-

rühren und nichts mit einem Metalldepot zu tun haben. Die histologischen Veränderungen sitzen perifollikulär.

Pujol, M. Fall von Xeroderma pigmentosum. pag. 174.

Fall von Xeroderma pigmentosum, der im Gesicht, an den Händen und Vorderarmen Veränderungen aufwies. Der Fall betrifft eine 57jährige Frau, bei der der Beginn auf ungefähr das 35. Lebensjahr zurückdatiert werden kann. Die Veränderungen waren die typischen und auch die epitheliomatöse Degeneration fehlte nicht, wie die histologische Untersuchung zeigte.

Nr. 5—8.

Milian, G. Fall von Dermatitis pustulosa Duhring. p. 193.

Fall von Dermatitis bei einem 32jährigen Soldaten mit positivem Wassermann. Die Eruption zeigte sich am Rumpf in Form von miliaren Pusteln, Krusten und Flecken, die zu rundlichen Herden gruppiert waren. Die Affektion soll den Eindruck einer akneiformen Syphilis gemacht haben. Auf 4 intravenöse Novarsenobenzolinjektionen keine Besserung. Es traten stets neue Pusteln auf. Die Affektion soll früher schon bestanden haben. Die histologische Untersuchung ergab Blasenbildung resp. Pustelbildung im Stratum malpighi, interzelluläres Ödem, Diapedese von Polynukleären, Infiltration der Kutis mit Plasmazellen und hypertrophischen Bindegewebszellen, sowie zahlreichen Eosinophilen. Im Blute bestand eine Eosinophilie mäßigen Grades. Gestützt auf diesen Befund, das Versagen der spezifischen Therapie und die Anamnese kommt Verf. zum Schlusse, daß es sich um eine Dermatitis pustulosa Duhring handle, trotz Fehlens von Jucken, Schmerzen und sonstigen Allgemeinerscheinungen.

Nicolau, S. Untersuchungen der Zerebrospinalflüssigkeit bei Lues I. p. 200.

Nicolau hat bei 51 Fällen von Primäraffekt die Lumbalflüssigkeit untersucht und in 18 Fällen eine mehr oder weniger ausgesprochene Lymphozytose feststellen können, die häufig mit einer Pupillendifferenz verbunden war, ohne daß schon anderweitige sekundärluetische Erscheinungen festgestellt werden konnten. Die Lymphozytose erreicht nicht denselben Grad wie im Sekundärstadium. Bei 13 von den 18 Fällen war dieselbe rein In 4 Fällen gesellten sich dazu große Lymphozyten und Endothelien und nur in einem Fall Plasmazellen. Der Eiweißgehalt war nicht vermehrt. Die Lymphozytose wurde nie vor der

3. Woche nach Auftreten des Ulcus durum konstatiert. Verf. hat trotz Behandlung mit Hg eine Zunahme derselben konstatiert bei Verhinderung der Sekundärsymptome. Das Salvarsan wurde anscheinend, soviel aus der Arbeit hervorgeht, nicht verwendet. Er warnt, zu früh von Abortivkur zu sprechen und wünscht, daß Pat. mit positivem Lymphozytenbefund nach der Behandlung fernerhin im Auge behalten werden.

Dujardin, B. Über die Prognose der extragenitalen Primäraffekte. p. 221.

Verf. hat sich an Hand von 53 extragenitalen, meist zephalen Primäraffekten Rechenschaft zu geben versucht über das spätere Schicksal dieser Fälle, besonders auch in Bezug auf die Disposition zu Nervenerkrankungen. Er versuchte festzustellen, ob die meningitische Reaktion im Lumbalsekret stärker hervortrete, ob die Neuro- oder Meningorezidive mehr zu befürchten seien als bei den genitalen Fällen und schließlich ob diese Formen gegenüber der Arsentherapie besonders refraktär seien.

Er kommt zum Schlusse, daß der extragenitale-insbesondere der zephale Primäraffekt keine besonders schwere Prognose gebe.

Dubreuilh. Pediculi pubis mit abnormer Lokalisation. p. 226.

2 Fälle von Pediculi pubis. Beim ersten Fall handelte es sich um einen 86jährigen Mann mit hochgradiger Pedikulosis am Körper. Nisse waren auch in den Augenbrauen und an den Kopfhaaren zu konstatieren. Der 2. Fall betraf einen 35jährigen gut gepflegten Mann, der nach Pediculi pubis auch Nisse und vereinzelte Filzläuse im Schnurrbart aufwies.

Audry, Ch. 2. Bemerkung über die Syphilis in Toulouse während des Krieges. p. 228.

Verf. hat in toto bei der Zivilbevölkerung in Toulouse eher eine leichte Abnahme der Syphilis während der Kriegszeit konstatiert, während die Frauen eine Zunahme aufweisen. Bei dem Militär ist der Prozentsatz auch nicht abnorm groß. Sehr hoch ist die Zahl der Syphilisfälle bei den Exoten, insbesondere die großen Kriegswerkstätten liefern gewaltige Zahlen. Prophylaktisch müsse hauptsächlich die sexuelle Anarchie in den Staatswerkstätten bekämpft werden.

Montpellier, J. Netzförmige Hyperpigmentierung der Schenkel bei den eingebornen Frauen Nordafrikas. p. 230.

Die alten Frauen Nordafrikas haben die Gewohnheit, sich gegen die Kälte des Winters dadurch zu schützen,



daß sie sich auf ein kleines Tabouret setzen und zwischen den Beinen einen kleinen Ofen aus Ton halten, in dem Kohle brennt. Durch diese Prozedur soll sich nach Verf. an den Beinen und an der Unterseite des Abdomens eine Hyperpigmentierung bilden, die netzförmig angeordnet ist ähnlich einer Pigmentsyphilis am Halse. Jungen Frauen und Töchtern ist die Anwendung dieses Apparates aus ästhetischen Gründen untersagt.

Capelli, J. Über eine eruptive Form von atypischer diffuser hämatogener Hauttuberkulose. pag. 257.

Verf. beobachtete einen Fall von Tuberkulid bei einem 22jährigen Manne, bei dem die Affektion symmetrisch fast über den ganzen Körper ausgebreitet war. Am stärksten waren die Arme betroffen. Das Exanthem bestand z. T. aus lichenoiden Knötchen von Hanfkorn- bis Linsengröße, sowie aus vesiko-pustulösen Effloreszenzen, z. T. aus leicht eingesunkenen roten Flecken. Die Effloreszenzen standen fast alle isoliert und flossen nur an den Ellenbogen zu Plaques zusammen. Am Hals bestanden eiternde Drüsen. W.-R. positiv. Es konnte sowohl mit dem Blute, als mit der kranken Haut, sowie dem Drüsenmaterial Tuberkulose beim Tiere erzielt werden. Auf intravenöse Neosalvarsaninjektionen ging das Exanthem zurück, um aber erst im Verlaufe der nachfolgenden Monate ganz zu verschwinden. Kutireaktion auf Tuberkulin positiv. 4½ Jahre später war die W.-R noch teilweise positiv. Tuberkelbazillen konnten in den Hautgewebsschnitten nicht nachgewiesen werden.

Verf. glaubt, daß es sich in seinem Falle um eine Tuberkulose gehandelt habe mit einem tuberkulidähnlichen Exanthem und positiver W.-R. Eine nebeneinhergehende Lues glaubt er ausschließen zu können. Der Fall bietet eine neue Bestätigung der bazillären Natur der Tuberkulide.

Pautrier, L. M. Epidermophyton inguinale außerhalb der Gelenkbeugen. p. 278.

Verf. hat 2 Fälle von Epidermophytie beobachtet, bei denen außer den typischen Plaques in den Gelenkbeugen uncharakteristische ekzematoide Läsionen an andern Körperstellen, Waden, seitlichen Rumpfpartien, bestanden mit positivem Pilzbefund. Diese Herde zeichneten sich durch massive Schuppenbildung aus. Die darunter liegende Haut war gerötet, leicht erhaben und etwas nässend.

Nicolau, S. Frühzeitige Ungleichheit der Pupillen bei der Syphilis. p. 283.

Nicolau hat alle Stadien der Lues auf den Stand

der Pupillen untersucht. Er fand in einem gewissen Prozentsatz im 1., 2. und 3. Stadium Ungleichheiten ohne Störungen der Lichtreaktion. Schon vom Beginn der 4. Woche an nach Ausbruch des Primäraffektes war diese Erscheinung manchmal vorhanden teils mit, teils ohne Vorhandensein der Lymphozytose in der Lumbalflüssigkeit. In einigen Fällen konnte Verf. das Auftreten der Pupillendifferenz genauer beobachten. Diese Fälle sind im Texte kurz resümiert. Von 75 Fällen des Primärstadiums soll dieses Symptom bei 22 Fällen vorhanden gewesen sein. Auch im II. und III. Stadium war das Phänomen zu konstatieren und zwar bei etwa einem Drittel der Fälle. Die Ungleichheit der Pupillen bleibt nach Verf. häufig dauernd bestehen, während die Lymphozytose durch die Behandlung wieder zurückgehen kann. Die Differenzen zwischen den beiden Augen wechseln sehr, während sie bei einigen Patienten bis $^1/_3$ oder $^1/_4$ der Pupillengröße betragen können, sind sie in andern Fällen nur minimal. Die Pupillendifferenz bedeutet nicht notwendigerweise eine schlechte Prognose, immerhin ist sie ein Fingerzeig, die betreffenden Patienten genauer im Auge zu behalten und energisch zu behandeln. Verf. konnte in einigen Fällen den Übergang in Starre konstatieren. Stets soll in solchen Fällen die Lumbalflüssigkeit kontrolliert werden. Auch in der Spätlatenz wurde dieses Symptom festgestellt.

Um die Differenz zu sehen, empfiehlt Nicolau Verdunklung des Zimmers und Prüfung mittels elektrischer Taschenlaterne.

Er erklärt sich die Entstehung durch entzündliche Erscheinungen im Rückenmark, die herdförmig auftreten, weshalb die Lymphozytose nicht notwendig mit der Pupillendifferenz einhergehen müsse.

Golay, J. Zur Frage der Glasapparate bei Schädigungen durch Neosalvarsan. p. 299.

Verf. glaubt an die Toxizität des Neosalvarsans, namentlich des oxydierten Präparates und es gelte daher in erster Linie, dieselbe nicht zu verstärken, sei es durch zu rasches Einspritzen der Lösungen, sei es durch Verwenden von nicht frisch destilliertem Wasser oder durch Gebrauch von Spritzen, denen noch Salvarsanreste von einer frühern Injektion anhaften. Namentlich der letztere Punkt sei außerordentlich wichtig. Er empfiehlt eine von Oltramare gefundene Methode des Neosalvarsannachweises mittels 2—4% Lösungen von Argent. nitr. Noch eine Verdünnung von $^1/_{100\,000\,000}$ Neosalvarsan sei mittels derselben nachweisbar. Es bildet sich ein Niederschlag,



der bei geringer Verdünnung eine braun schwarze Farbe aufweise, bei stärkeren Verdünnungen braun violett werde, und bei den stärksten Verdünnungen erst nach einigen Sekunden auftrete. Auch wenn die für Neosalvarsaninjektionen verwendete Spritze mehrmals durchgespült und sterilisiert worden sei, bekomme man oft noch eine positive Reaktion. Vor der Sterilisation seien das Gläschen und die Spritze mehrmals mit Wasser durchzuspülen und zwar solange, bis die Reaktion negativ ausfalle.

Robin. Eklampsie und Koma durch Novarsenobenzol. Heilung. p. 303.

20jährige Pat. bekommt wegen Primäraffekts an der Oberlippe eine intravenöse Novarsenoinjektion von 0·75. In den folgenden Tagen leichte Ermüdung und Tendenz zu Schwindel. 8 Tage später 2. Injektion von Novarsenobenzol in der Dosis von 0·6. Am folgenden Tag Temperatur von 39. Am nächstfolgenden Tag fällt die Temperatur auf 37. Am 3. Tage bekommt die Patientin einen epileptiformen Anfall, verliert das Bewußtsein und wird komatös. Temperatur wieder 39. Wenig Urin mit viel Eiweiß. Pat. bekommt Koffein und Sparteininjektionen, sowie Kochsalzlösung mit 10 Tropfen Adrenalinzusatz. Puls unregelmäßig, klein. Nach 2 Tagen erholt sich Pat. allmählich, um nach 1 Monat die Klinik geheilt zu verlassen. Sie hat zur weitern Behandlung nur noch Hg bekommen.

Chatellier. 2 Fälle von Naevus anaemicus. p. 305.

Beim ersten Fall war das Bild klinisch und histologisch typisch, und soll auch beim Vater des Patienten vorhanden gewesen sein, während der 2. Fall mit Unregelmäßigkeiten der Hautoberfläche kombiniert gewesen war. Die anämischen Partien saßen zwischen leicht erhöhten Hautlappen.

Maréchal, H. Sporotrichose des Handrückens in Form des Kerion Celsi. p. 308.

Ein 43jähriger Landwirt wird durch eine brüske Bewegung einer Kuh am rechten Handrücken verletzt. 1 Monat später bildete sich an der verletzten Stelle eine 50 Ctsstückgroße erythematöse Stelle, die sich rasch vergrößert und allmählich die Form eines Kerion annimmt. Kultur ergibt Sporotrichon Beurmanni. Auf KJ Heilung.

Nr. 9—10.

Brocq, L. Über eine unbekannte ulzerös-vegetierende Krankheit (Pseudobromurid). p. 321.

Seit Brocq, Pautrier und Fernet im Jahre 1909

in der französischen dermatologischen Gesellschaft den ersten derartigen Fall demonstriert haben, ist es dem erstern gelungen, seit jener Zeit noch 3 identische Fälle zu sehen. Die Krankheit hat folgenden Verlauf: Sie beginnt mit kleinen papulo-pustulösen Effloreszenzen mit weißlicher Trübung und Erhöhung der Epidermis und rotem Hof. Das Volumen ist etwa das einer kleinen Bohne. Die nächsten Tage breitet sich die Effloreszenz rasch aus. Es kommt zur Ulzeration im Zentrum, einem peripheren Wall von 2—3 *mm* Höhe und einem roten Hof. Die Läsionen können Frankstückgröße und durch Zusammenfließen benachbarter Herde noch größere Dimensionen erreichen. Die Affektion macht den Eindruck eines Bromexanthems. Histologisch handelt es sich um banale Entzündungserscheinungen. Kulturell konnten nur Staphylokokken gezüchtet werden. Therapeutisch konnte mit Staphylase eine leichte Besserung erzielt werden. Auch die Röntgentherapie schien vorübergehend die Läsionen günstig zu beeinflussen. Im übrigen scheint die Prognose eine sehr schlechte zu sein. Verf. sah bei 2 Fällen Exitus an Entkräftung und Marasmus eintreten.

Die Ätiologie der Krankheit ist also einstweilen nicht abgeklärt.

Audry und *Nanta*. Pityriasis rubra Hebrae und Erythrodermia leukämica. p. 329.

Verf. haben einen Fall von Pityriasis rubra Hebrae beobachtet, der ein leukämisches Blutbild aufwies und zwar bestand hauptsächlich eine Vermehrung der Mononukleären. Dazu kam eine abnormale Ausscheidung von Harnsäure, Phosphaten und Schwefel im Urin. Im histologischen Bild war nichts von Tuberkulose nachweisbar. Es bestand eine Parakeratose. In der Keimschicht und im Stratum Malpighi war stellenweise eine Lymphozyteninfiltration und an vereinzelten Stellen eine Anhäufung von Mononukleären zu konstatieren. Nirgends Blasen- oder Pustelbildung. In der Kutis ebenfalls leichte Lymphozyteninfiltration und stellenweise kleine Knötchen von Lymphozyten und Mononukleären, besonders um die Haarfollikel und Drüsen.

Im Blute war die W.-R. schwach positiv.

Verf. glauben, daß die P. r. Hebrae eine spezielle Form der Erythrodermia leukämica maligna darstelle. Die Beziehungen derselben zur Tuberkulose hängen mit der Ätiologie der Leukämien zusammen. Verf. sind geneigt, auch der Syphilis eine große Bedeutung in der Genese der Leukämien beizumessen, so daß die Tuberkulose sowie



andere Infektionskrankheiten in den Hintergrund zu treten hätten.

Chatellier, L. Über lichenoide und nitidaartige Tuberkulide. p. 340.

Fall von Lichen nitidus, der in charakteristischer Form an den Armen (Vorderseite), an den Handrücken und z. T. an der Brust, sowie auf der vordern und innern Seite der Oberschenkel bis zum Abdomen lokalisiert war. Der Fall betrifft ein 17jähriges Mädchen vom Land, das Zeichen von abgeheilter Drüsentuberkulose und im Verschwinden begriffener Knoten von Erythema induratum Bazin an den Unterschenkeln aufwies. In den Ellenbeugen waren die Effloreszenzen zusammengeflossen und zeigten periphere Rötung und etwas Schuppenbildung. Am Abdomen kam es zu Pityriasis roseaartigen Läsionen. Daneben bestand ein Lichen scrophulosorum und vereinzelte Läsionen von papulo-nekrotischem Tuberkulid. W.-R. negativ. Auf Tuberkulininjektionen deutliche allgemeine- und Herdreaktion und Rückbildung der Nitidaeffloreszenzen. Auch die tuberkulösen Veränderungen an den Augen, die zugleich bestanden, gingen zurück. Bei der Rückbildung der Effloreszenzen nahmen dieselben einen mehr rötlichen Farbenton an, um schließlich einen punktförmigen roten Fleck zurückzulassen.

Histologisch waren typische tuberkuloide Knötchen in den obern Partien der Kutis zu konstatieren mit perivaskulärer Infiltration. Keine Verkäsung. Keine Tbc.-Bazillen.

Verf. glaubt, gestützt auf seine Beobachtung, den Ausdruck Lichen nitidus durch die Bezeichnung „licheniformes und nitidaartiges Tuberkulid" ersetzen zu müssen.

Montpellier, J. Fall von Xeroderma pigmentosum. p. 352.

Fall von Xeroderma pigmentosum bei einem 13jährigen Knaben, bei dem ein Epitheliomknoten eine sehr rasche Rückbildung auf Röntgen-Bestrahlung zeigte. Da aber die Röntgenbestrahlungen nicht weiter fortgesetzt werden konnten, traten sehr bald Rezidive ein und Patient erlag seiner Krankheit. Es verdient noch als bemerkenswert hervorgehoben zu werden, daß vor Beginn der eigentlichen Krankheit, vom Alter von $2\frac{1}{2}$ Jahren an, Blasen im Gesicht und an den Handrücken auftraten, die mit trübem Inhalt gefüllt waren, bald platzten und ohne Narben zu hinterlassen abheilten. Diese Blasen sollen während der heißen Sommermonate bis zum Alter von 6 Jahren aufgetreten sein, wo dann das Xeroderma begann.



Nanta. Fall von urtikariaähnlicher Anetodermia mit Megalosplenie und Polyglobulie. p. 355.

Verf. beobachtete bei einem 23jährigen Manne am Rumpf 1/2 bis 1 *cm* große, leicht erhabene, runde bis ovale, etwas glänzende, plane Effloreszenzen von normaler Hautfarbe. Bei der Palpation zeigten sie eine verminderte Resistenz gegenüber der gesunden Umgebung. Klinisch glichen die Effloreszenzen am ehesten planen Warzen oder urtikariellen Läsionen. Histologisch handelte es sich um eine leichte Atrophie der Epidermis mit Vermehrung des Pigmentes, fast totale Atrophie des elastischen Gewebes, Degeneration des Bindegewebes und entzündliche Infiltration um die Gefäße.

Pat. gibt an, daß sich die Affektion im Anschlusse an einen Urtikariaanfall im Alter von 12 Jahren entwickelt habe.

Penet, M. H. Rezidivierende Phlyktänenbildung der Extremitäten kompliziert mit Epitheliombildung an einem Finger und Onychogryphosis. p. 362.

Bei einer 68jährigen Frau kam es zum Verluste fast sämtlicher Fingernägel. An den Fingerenden zeigte sich eine rote, mit breiten Schuppen bedeckte Haut. Am linken Mittelfinger mandarinengroßes wucherndes ulzeriertes Epitheliom. An den großen Zehen beider Füße Onychogryphosis ohne sonstige Veränderungen der Zehennägel. Die Affektion soll vor 34 Jahren mit Rötung der Umgebung der Fingernägel begonnen haben. Es kam zu eitriger Blasenbildung, die sich stetig wiederholte, um schließlich zum Verluste des Nagels zu führen. Es handelt sich um die Krankheit, die Hallopeau unter dem Namen Akrodermatitis beschrieb.

Das Vorhandensein der Onychogryphose und desEdnelioms scheint Verf. gegen die entzündliche Natur der Affektion zu sprechen. Er glaubt mehr an eine trophische Störung.

Nr. 11.

Jörgen Schaumann. Histologische und bakteriologische Untersuchungen über die Manifestationen des Lymphogranuloma benignum im Knochenmark. p. 385.

Verf. betont zunächst die Identität der Sarkoide und des Lupus pernio und rechnet sie beide zum benignen Lymphogranuloma. An Hand eines Falles, der schon früher in den Annalen publiziert wurde, geht er dann über auf



die Metastasen der Affektion im Knochenmark, die sich manchmal klinisch und radiologisch nicht, manchmal aber in Form einer Spina ventosa zeigen. Im Falle Schaumanns waren nun an der 2. und 4. linken Zehe Veränderungen vom Charakter der Spina ventosa vorhanden, während die umgebende Haut normal zu sein schien. Im Röntgenbilde waren weiße Flecke im sonst normal aussehenden Knochen an den veränderten Zehen zu konstatieren. Histologisch handelte es sich um tuberkuloide Läsionen im Mark, wie sie in der Haut, an den Tonsillen und in den Drüsen zu konstatieren waren. Die Läsionen bleiben nach Verf. bald auf das Mark beschränkt, bald affizieren sie auch den Knochen selbst und das Periost. Im letztern Falle wirken sie rarefizierend auf den Knochen. Es kommt zur Vergrößerung der Lakunen und der Haversschen Kanäle und schließlich zu eigentlichen Kavernen. Zu diesen Läsionen können Periostitis und Veränderungen im Unterhautzellgewebe treten.

Ätiologisch konnte Verf. keine weitern Beiträge zur Aufklärung liefern. Die Impfung mit Marksubstanz verlief negativ. Die Tiere blieben gesund. Kultur blieb steril. Tuberkelbazillen konnten nicht nachgewiesen werden. Er rechnet die Sarkoide und den Lupus pernio zu den lymphadenoiden Affektionen.

Nicolau, S. Follikuläre und perifollikuläre Eruption beim Skorbut. (Dermatitis papulo-keratotica scorbutica.) p. 397.

Nicolau hatte Gelegenheit, im Winter und Frühjahr 1918 bei gewissen Truppenteilen der rumänischen Armee Epidemien von Skorbut zu beobachten, die mit einer eigentümlichen Veränderung der Haut einhergingen, die anfänglich nicht genau diagnostiziert werden konnten.

An Hand von 4 Fällen, die im Detail angeführt werden, und die histologisch untersucht wurden, entwirft Verf. ein genaues Bild der Affektion.

Die Krankheit beginnt mit kleinen follikulären Knötchen, die hornartig sind und sich an der vordern innern Seite der Vorderarme, der vordern und äußern Seite der Oberschenkel, am untern Teil des Abdomens, zu beiden Seiten der Linea alba lokalisieren. Es kann lange Zeit bei dieser Ausbreitung bleiben. In andern Fällen dehnt sich das Exanthem weiter aus und verschont nur den Kopf, die Achselhöhlen, die Handgelenke, Hände, Finger. Genitokruralfalten, unteres Drittel der Unterschenkel, Füße und Zehen. Am Rumpf bleiben ferner verschont der mittlere Teil der Brust, der Anus und der Damm, sowie die Ska-

pular -und Interskapulargegend. Anfänglich sieht die Affektion aus wie eine „Hühnerhaut". Allmählich kommt es zur deutlichen Keratosis follicularis und in stärkern Graden zu Perifolliculitis mit leichter Rötung. Es kommt zu linsen- bis maiskorngroßen Knötchen, sogar zu papulopustulösen Effloreszenzen. Die Affektion juckt nicht und kann sich im Verlaufe von Wochen und Monaten bei Besserung des Skorbuts spontan zurückbilden unter Hinterlassung von dunkel pigmentierten Flecken. Bei vereinzelten schweren Fällen kommt es selbst zu kleinen Ulzerationen.

Histologisch handelt es sich zuerst um eine Hyperkeratose des obern Follikelteiles, wobei es zu einer Art Infundibulum kommt, das mit Hornlamellen gefüllt ist. Bei einem fortgeschrittenern Stadium folgt eine perifollikuläre Lymphozyteninfiltration, die sich zu einem eigentlichen Knötchen verdichtet. Von den Follikelscheiden zweigen öfters kleine epitheliale Zweige ab, deren Zusammenhang mit der Follikelwand manchmal nicht mehr nachzuweisen ist.

Verf. macht zum Schlusse die Bemerkung, daß man bei follikulären Exanthemen, die an Orten vorkommen, wo möglicherweise Skorbut herrsche, wie in Gefängnissen, Irrenanstalten, auf Meerschiffen, stets an die Möglichkeit eines skorbutischen Exanthems denken müsse.

Max Winkler (Luzern).

Annales des maladies vénériennes.

Band XIV.

Nr. 1. Januar 1919.

Gougerot. Essai d'une réglémentation perfectionnée pour la période de transition. 1. Fortsetzung p. 1.

Zu einem kurzen Referat nicht geeignet.

Montpellier. La syphilis nerveuse chez les indigènes de l'Algérie. p. 44.

Bericht über 8 Fälle von Nervensyphilis (2 Fälle von Hirnnervenlähmung, 2 Fälle von Hemiplegie, 4 Fälle von Meningomyelitis) im Sekundär- und Tertiärstadium, mit zumeist positivem Liquorbefund. Verfasser hat bereits darauf hingewiesen, daß Liquorveränderungen bei den syphilitischen Eingeborenen Algeriens ebenso häufig auftreten wie bei Europäern und er erblickt in den mitgeteilten Krankheitsfällen einen weiteren Beweis für die Gleichartigkeit im Charakter des Krankheitsverlaufes der Lues hüben und drüben.



Nr. 2. Februar 1919.

Burnier. Les chancres blénorragiques. p. 68.

Jullien hat als Erster das Krankheitsbild des gonorrhoischen Schankers beschrieben. Seither sind noch weitere Publikationen erschienen, aus welchen mit Sicherheit hervorgeht, daß der Gonokokkus auch imstande ist, sowohl beim Mann wie bei der Frau venerische Geschwüre vom Charakter des Ulcus molle oder banaler ulzeröser Defekte zu erzeugen. Der Verfasser berichtet über 3 Fälle, wovon der erste klinisch einem Primäraffekt (Präputium), die beiden anderen einem Ulcus molle (Penisschaft und Glans) glichen. In zwei darauthin untersuchten Fällen war die W.-R. negativ. Spirochäten und Ducreysche Bazillen nicht nachweisbar, dagegen mikroskopisch und kulturell typische Gonokokken. Auffallend nur in einem Falle die gleichzeitige Anwesenheit einer urethralen Affektion. Im 2. Fall kam es zur Einschmelzung einer Leistendrüse unter Bildung eines torpiden Geschwürs. Eine auf dem Vorderarm ausgeführte Inokulation ergab nach acht Tagen einen ulzerösen Defekt vom Charakter des weichen Schankers mit positivem Gonokokkenbefund.

Auch Kombinationen von gonorrhoischer Infektion mit Lues und Ulcus molle kommen vor. welche unter dem Bilde eines Chancre mixte verlaufen. Autor erwähnt je einen solchen Fall. 1. Ulzera auf Glans und Präputium, in denen zunächst nur Gonokokken nachweisbar waren, gleichzeitig Urethralgonorrhoe, eitrig eingeschmolzener Bubo rechts. In der Folge (vier Wochen später) Induration der Geschwüre, positiver Spirochätenbefund. 2 Geschwür am Präputium, darin Ducreysche Bazillen und Gonokokken, sehr langsamer Heilungsverlauf, keine Angaben über das Vorhandensein einer Urethralgonorrhoe.

Lévy-Bing, Gerbay et *Bonnet.* Trois nouveaux cas de chancres syphilitiques du doigt et un cas de chancre de la paume de la main. p. 77.

Enthält außer der Besonderheit der Lokalisation nichts Erwähnenswertes.

Gougerot. Les trois procédés de prophylaxie „après" et trois modèles de nécessaires prophylactiques individuels. p. 88.

Die prophylaktische Desinfektion post coitum läßt sich auf dreierlei Weise erzielen. 1. In der Wohnung der ad hoc sanitarisch ausgerüsteten Prostituierten. 2. In speziell dazu eingerichteten sanitarischen öffentlichen



Lokalen. 3. Durch Versorgung des Mannes mit einem prophylaktischen Taschenetui.

Die zweite Methode wurde während des Krieges mit Erfolg im amerikanischen Heer durchgeführt (prophylactic stations). Ein Versuch (von Azoulay), die Methode auf zivile Verhältnisse zu übertragen, hatte dagegen einen vollständig negativen Erfolg.

Am geeignetsten erscheint Gougerot das prophylaktische Taschenetui, dessen Zusammensetzung in der einfachsten Form folgende wäre: 1. Ampulle mit 8—10 *g* 30% Kalomelsalbe, 2. Ampulle mit einer 2% halbflüssigen Protargolcrême, 3. 1 Blättchen Seifenpapier, 4. 1 Seidenpapier zur Einhüllung des Penis nach der Salbenbehandlung, 5 Gebrauchsanweisung.

Nr. 3. März 1919.

Du Castel. Syphilis hépatique, périhépatique et complications de voisinage. p. 129.

Die Perihepatitis spielt bei der gummösen Syphilis der Leber eine nicht unbedeutende Rolle. In der Regel bleibt sie auf die Oberfläche des Organs lokalisiert und erzeugt dementsprechende Symptome. In seltenen Fällen greift die Perihepatitis auf Nachbarorgane über (Niere, Magen, Duodenum), d. h. es werden dieselben direkt oder indirekt in den gummösen Prozeß mit einbezogen. Die von diesen Organen ausgehenden Symptome können dann in den Vordergrund treten und den primären Herd maskieren, was bei der Diagnostik unklarer Fälle stets zu berücksichtigen ist. Autor hat einen solchen Fall beobachtet.

Es handelte sich um einen 25jährigen Zuaven, der mit einem schmerzhaften epigastrischen Tumor eingeliefert wurde. Eine Röntgenaufnahme zeigte, daß der Tumor in der Mittellinie dem linken Leberlappen auflag. Der Magen war fast bis zur Symphyse dilatiert. Das vollständige Fehlen von Verdauungsstörungen, der Herzbefund (Aorteninsuffienz ohne Zeichen von Aneurysma) ließen auf einen von der Leber ausgehenden Tumor schließen. Wassermann positiv. Nach einer kombinierten Quecksilber-Salvarsankur Rückgang der Beschwerden und des Tumors.

Fournier, M. Syndrome de Dercum par Hypoovarisme syphilitique. p. 138.

33jährige Frau wurde vor 16 Jahren wegen Lues behandelt. Seit 3 Jahren Menstruationsstörungen (Seltenerwerden der Periode, Abnahme der Blutungen). Gleichzeitig Beginn einer zunehmenden Fettsucht, welche nur die Füße



frei läßt. Allgemeine Asthenie. Schmerzen im rechten Arm und Bein. Vor 5 Monaten apoplektiformer Insult mit Parästhesien der rechten Körperseite. Wassermannsche Reaktion negativ. Trotzdem Rückgang der Schmerzen und Rückkehr normaler Menstruationsverhältnisse nach spezifischer antiluetischer Behandlung. Der Autor faßt die Fettsucht auf als eine „forme fruste" der Dercumschen Krankheit (Adipositas dolorosa) und bringt dieselbe (als Äußerung einer endokrinen Störung) in ursächlichen Zusammenhang mit der auf syphilitischem Boden entstandenen Schädigung der ovariellen Funktion.

Gougerot, Léon Lévy et *Clara.* Deux chancres syphilitiques de localisations rares: chancre du téléphoniste et chancre du „cuistot". p. 148.

2 neue Infektionsmodi: Der Telephonist, der sein Rohr mit der linken Hand hält, infiziert sich an der linken Oberlippe durch Kontakt mit dem Schallbecher. Der Koch, der die Gewohnheit hat, durch eine unten aufgeschnittene und dadurch zum Blasrohr gewordene Bajonettscheide das Feuer anzufachen, verletzt und infiziert sich am Zahnfleisch der oberen Schneidezähne.

Gougerot et *Clara.* Epidermites verruqueneuses papuleuses et en nappe des organes génitaux chez des blennorragiques p. 150.

Bei mehreren Gonorrhoikern weißer und schwarzer Rasse wurden auf Glans, Präputium, Vorderseite des Skrotums, Innenseite der Oberschenkel, seltener am Abdomen kleine plane Gebilde mit gekörnter Oberfläche und warzenartigem Aussehen beobachtet, die bald isoliert, bald flächenförmig (en nappe) angeordnet waren. Die bisher beschriebenen Formen gonorrhoischer Hyperkeratose, die senilen Warzen, die Dariersche Krankheit und die Acanthosis nigricans werden ausgeschlossen. Die Pathogenese dürfte auf ähnlichen Momenten beruhen wie bei den nach Strepto- und Staphylokokkenaffektion der Haut auftretenden verrukösen Hautveränderungen. Als Ursache hat im vorliegenden Fall der Gonokokkus zu gelten.

Nr. 4. April 1919.

Milian. Novarsénobenzol, apoplexie séreuse, adrénaline. p. 200.

Fall von Empfindlichkeit auf Novarsénobenzol (Zeichen von Encephalitis serosa im Anschluß an die Injektion) bei einem Patienten mit Addisonsymptomen (auf luetischer Basis), die in wirksamer Weise mit Adrenalin (Clin)

bekämpft wurde. Das Adrenalin erweist sich am wirksamsten bei intravenöser Applikation (1/4 *mg* in künstlichem Serum, weniger wirksam bei intraglutäaler, subkutaner (1 *mg*) oder stomachaler (2—3 *mg*) Einverleibung. Zur prophylaktischen Wirkung gibt M. das Adrenalin in gleicher Lösung mit dem Novarsénobenzol (1 *ccm.* künstliches Serum pro centrg. Salvarsan) und empfiehlt sehr langsame Injektion, ev. mit Unterbrechungen, falls Reaktionen auftreten.

Im Reaktionsbild des Salvarsanidiosynkrasikers, welches zerebrale Erscheinungen aufweist, tritt ein Symptomenkomplex hervor, der pathognomonische Bedeutung zu haben scheint: erhöhte Temperatur, gesteigerter Blutdruck, Oligurie und im Gegensatz dazu auffallend normale, nicht oder wenig beschleunigte Herzaktion. Aus dem Fehlen dieser Symptome läßt sich ohne weiteres auf einen harmlosen Verlauf der Störung schließen. Die Erscheinungen, auch die Blutdrucksteigerung, gehen auf Adrenalin prompt zurück.

Montpellier et *Lebon.* Sur un cas de chancres syphilitiques simultanés de la gencive et du clitoris. p. 219.

Mitteilung von rein kasuistischem Wert.

Montpellier et *Lebon.* Sur un cas d'épididymite suppurée de nature gonococcique. p. 221.

Eitrige Einschmelzung eines gonorrhoisch affizierten Nebenhodens. Im Eiter nur Gonokokken. Kulturen auf gewöhnlichen Nährböden blieben steril.

Nr. 5. Mai 1919.

Gougerot et *Clara.* Ypérites génitales simulant la syphilis et syphilis masquée par ypérite. p. 258.

Bei den Soldaten im Felde wurden oft Hautläsionen beobachtet, welche durch toxische Gase, insonderheit Yperit, bedingt waren und welche zu Verwechslungen mit primärer u. U. tertiärer Syphilis führten. Häufig waren die Genitalien der einzige Sitz der Verätzung. Die Veränderungen bestanden in der Regel in mehr oder weniger tiefen Nekrosen mit Ödem der Haut, Phimose oder Paraphimose, Lymphdrüsenschwellungen, eitriger Balanitis etc. In einzelnen Fällen wurden auch wirkliche syphilitische Affekte durch die gleichzeitige Gasverbrennung maskiert. Die angeführten Fälle bieten diagnostisches Interesse, besonders im Hinblick auf ev. Simulationsversuche.

Du Castel. Les arythmies de la syphilis secondaire. p. 263.



Seit Fournier sind unsere Kenntnisse von den kardialen Symptomen bei sekundärer Syphilis nicht viel weiter gefördert worden. Die Erscheinungen bestehen in der Regel in Tachykardie und Arhythmie und beruhen vermutlich zum größten Teil auf der allgemeinen Asthenie, welche im Verlauf der sekundären Syphilis sich häufig zeigt.

Die Arhythmien sind im wesentlichen Extrasystolien, sie sind meist harmlos und verschwinden beim Zurückgehen der übrigen Symptome.

Die Tachykardie ist fast immer eine wenig beteutende. Häufig beobachtet man orthostatische Tachykardien, vermehrte respiratorische Arhythmie und Tachykardie nach relativ geringen Anstrengungen, ähnlich wie im Rekonvaleszenzstadium nach Infektionskrankheiten.

Der okulokardiale Reflex, dem von mancher Seite eine Bedeutung bei syphilitischen Affektionen zugesprochen wird, zeigt nach den Erfahrungen des Autors keine überzeugende Abhängigkeit von der Krankheit.

Lévy-Bing et *Gerbay.* Un cas de chancrelle du doigt. p. 271.

Die Lokalisation des Ulcus molle am Finger ist außerordentlich selten. Unter 2000 Fällen von Ulcus molle sahen die Autoren ein einziges Mal einen weichen Schanker des linken Zeigefingers bei gleichzeitiger Lokalisation der Affektion am Penis. Klinisch ist auffallend die unregelmäßige Form des Geschwüres, die unterminierten rot umsäumten Ränder, die außerordentliche Schmerzhaftigkeit und das refraktäre Verhalten gegenüber den üblichen lokalen Behandlungsmethoden.

Nr. 6. Juni 1919.

Lévy-Bing et *Gerbay.* 1500 cas de chancres syphilitiques observés au centre de vénéréologie de la e armée. p. 321.

Genaue Studien über die Inkubationsdauer der primären Syphilis führten zu Ergebnissen, welche in sinngemäßer Weise graphisch ausgedrückt, eine Kurve ergeben, die mit der nach der Gausschen Wahrscheinlichkeitsformel entworfenen Kurve fast vollständig identisch ist. Diese Tatsache beweist die Bedeutung, welche die Methoden der Wahrscheinlichkeitsrechnung auch für biologische Vorgänge haben.

Praktisch ergeben sich aus den Angaben der Autoren folgende erwähnenswerte Daten:

	Inkubationsdauer			
	10—15	Tage,	2% der Fälle (Total 120)	
	15—20	„	5 „	
3—6 Wochen	20—25	„	10 „	79%
	25—30	„	16 „	
	30—35	„	20 „	
	35—40	„	19 „	
	40—45	„	14 „	
	45—50	„	8 „	
	50—55	„	3 „	
	55—60	„	2 „	
	weniger als 10 und mehr als 60	„ „	1 „	

Zahl der Primäraffekte in 1141 Fällen einer,
„ 359 „ (= 23·9%) mehrere (in der Regel 2—3, Maximum 10)

Unter 2185 Schankern waren 58 extragenital u. zw: Lippen 25, Ohr 1, Zahnfleisch 2, Wange 1, Augenlid 2, Hand 7, Zunge 5, Bein 1, Kinn 1, Bauch 10, Nase 1, Darmgegend 2.

Montpellier. Deux cas de chancres syphilitiques de l'urèthre étiquettés blennorrhagiques. pag. 343.

2 Fälle mit Sitz des Primäraffektes in der Urethra. Die Diagnose wurde in beiden Fällen auf Gonorrhoe mit follikulären Herden gestellt und erst in der Folge erkannt.

Lévy-Bing. Deux cas de chancres de l'urèthre. pag. 347.

Die intraurethralen Schanker sind außerordentlich selten. Unter 745 Fällen mit weichem Schanker 8 mit intraurethralem Sitz (Statistik von Ricord und Fournier), unter 1696 Fällen mit hartem Schanker 16 mit intraurethralem Sitz (Statistik von Bassereau, Fournier und Clerc).

Zuweilen ergibt eine bestehende Gonorrhoe für das Haften der Infektion den locus minoris resistentiae, so in den beiden Fällen des Autors (1. Fall ulcus molle, 2. Fall ulcus durum der Urethra).

Nr. 7. Juli 1919.

Decrop et *Salle.* Contribution a l'étude de la syphilis, acquise de l'enfant chez l'indigène marocain: Fréquences des formes primaires et secondaires. pag. 385.

Während in Europa die erworbene Syphilis in der

Regel eine Krankheit des Erwachsenen darstellt, wird sie in Marokko auch recht häufig im Kindesalter angetroffen. Die Ursache dafür ist die große Verbreitung der Syphilis in Nordafrika sowie die Indolenz und der Fatalismus der Araber. Verfasser konnte 165 Fälle im Alter von 1—12 Jahren sammeln, wovon 17 mit primären, die übrigen mit sekundären Erscheinungen. Unter den 17 Primäraffektionen hatten 11 extragenitalen Sitz (3 Lippen, 2 Zunge, 5 Tonsillen, 1 Beine). Die sekundären Veränderungen zeigten im allgemeinen eine geringere Intensität wie bei Erwachsenen. Für die Infektion waren besonders von Bedeutung die zahlreichen, häufig exklusiven Schleimhautläsionen. Diese sitzen im Gegensatz zum Erwachsenen nicht so häufig in der Palatotonsillargegend, sondern an den Mundwinkeln, Zunge, Lippen, Wangen, Analgegend. Die Beobachtungen des Verfassers sprechen dafür, daß die syphilitische Infektion im Kindesalter auffallend gut vertragen wird.

Lévy-Franckel. Roséole purpurique. p. 397.

Einen Monat nach der Entwicklung eines gangränösen Riesenschankers der Unterlippe tritt neben einem papulösen Exanthem eine ausgedehnte makulöse Purpura am Stamm und Extremitäten auf, deren Elemente nur an einzelnen Stellen (Ellenbeugen) Übergänge zu den Papeln zeigen. Nach 6 Injektionen von Novarsenobenzol verschwinden sämtliche Veränderungen. Verfasser hält die Purpura für eine hämorrhagische Roseola und weist auf die große Seltenheit dieser Eruptionsform hin.

Gougerot. Des „Crayons" au protargol pour la prophylaxie individuelle.

Die Prophylaxe der venerischen Affektionen muß nach Möglichkeit vervollkommnet werden. In den gebräuchlichen der Prophylaxe dienenden Taschenetuis ist in der Regel eine wässerige Protargollösung enthalten, deren Güte durch die Lagerung leidet. Autor empfiehlt deshalb Versuche mit protargolhaltigen Urethralstäbchen (30 *mm* lang, 4 *mm* breit, mit einem Protargolgehalt von 0·02—0·05 *cgr*).

Mounier. Epistaxis incoercible par gomme méconnue p. 405.

Ein Patient wird acht Tage lang wegen unstillbarer Epistaxis aus dem Scheitel des einen Nasengewölbes behandelt. Auffallend ist die völlige Abwesenheit einer äußerlich sichtbaren Läsion. Es besteht Schmerzhaftigkeit am inneren Augenwinkel und der inneren Orbitalwand. Eine vorsichtshalber aufgenommene Anamnese ergibt eine Syphilis vor 10 Jahren. Nach einer Serie von Quecksilber-



Bijodürinjektionen Heilung der Epistaxis und der lokalen Schmerzen.

Meurisse. Ulcération génitale phagédénique a symbiose fuso-spirillaire. p. 408.

40jähriger Infanterist, leidet an einer manifesten Malaria (Tertiana maligna). Auf der Glans etwa dreieckiger, scharf umschriebener, ulzeröser Substanzdefekt, 4 *mm* tief, mit graugelbem Grund, dolente Bubonen beiderseits. Als Ursache des Geschwürs wird eine Verletzung durch einen Holzsprießen beim ungeschickten Übersteigen einer Holzhecke angegeben. Im Ausstrich die Elemente der Plaut-Vincentschen Symbiose. Wassermann negativ.

Weder Quecksilberbehandlung (c. v. Injektionen von Quecksilbercyanür) noch Novarsenolbenzol haben einen heilenden Einfluß. Im Gegenteil tritt während der Salvarsankur im Anschluß an eine interkurrente Grippeninfektion eine akute Verschlimmerung des Lokalzustandes ein, mit Übergang in Gangrän, derbem Ödem des ganzen Gliedes und jauchigem Ausfluß. Neben Salvarsan wird nun auch Jodkalium in größeren Dosen (5 *gr* pro die) verabfolgt, worauf rapide Besserung. Nach Aussetzen der Jodbehandlung wegen Jodismus von neuem Verschlimmerung. Die wiederaufgenommene Jodkur bringt endgültig Heilung. Bemerkenswert an dem Fall ist neben der Ätiologie die auffallende Wirkungslosigkeit des Salvarsans, welches erfahrungsgemäß bei Plaut-Vincentscher Symbiose eine spezifische Wirkung entfaltet. Im Gegensatz dazu steht der günstige Erfolg mit Jodkalium.

Nr. 8. August 1919.

Lacapère. Syphilis arabe. La syphilis tertiaire ulcéreuse du centre de la face. pag. 454.

Unter den klinischen Äußerungen der tertiären Syphilis bei den Eingeborenen Nordafrikas stößt man mit einer auffallenden Regelmäßigkeit und Häufigkeit auf einen Eruptionstypus, der nach Verlauf und Lokalisation eine ganz bestimmte Gesetzmäßigkeit verrät.

Die befallene Region ist das Gesicht und zwar im besonderen die von Sabouréaud als Prädilaktionsstellen der Seborrhoide bezeichneten Gegenden: Mittlere Partien der Stirn, Nase, Nasolabialfalten, Zirkumoralgegend und Kinn. Die verminderte Widerstandskraft dieser Gebiete (Talgdrüsenreichtum) und die schon relativ früh einsetzende senile Umwandlung erklären die Besonderheit des Sitzes.

Die Veränderungen bestehen in tuberoulzerösen, gummösen Syphiliden, die rasch in die Tiefe greifen und



zu ausgedehnten Zerstörungen führen. Verlust eines oder beider Augen, des knorpeligen Nasenskelettes, der Lippen sind die Folge. Sehr häufig finden sich Liquorveränderungen und positive Wassermannsche Reaktion im Lumbalpunktat, in einem Viertel der Fälle bestanden heftige Kopfschmerzen als Ausdruck eines Übergriffs des Prozesses von der Nase aus auf die Meningen.

Bouveyron. Contribution à l'étude des effets des injections intramusculaires d'énésol sur les diverses localisations gonococciques. p. 462.

Bei der Anwendung von Enesol, Quecksilbersukzinimid und neuerdings auch des Neoarsenobenzol bei Syphilis zeigte sich ein günstiger Einfluß dieser Mittel auch auf gonorrhoische Prozesse. Nach den Erfahrungen des Autors (Krankengeschichten) haben intramuskuläre Enesolinjektionen auf die „offenen" Formen der Gonorrhoe: Urethritis, Zystitis, Vulvovaginitis, Zervizitis einen günstigen Einfluß, ohne den Prozeß entscheidend zu beeinflussen. Bei den gonorrhoischen Komplikationen gewinnt das Mittel eine größere Bedeutung und insbesondere stellt es bei der akuten gonorrhoischen Salpingoovariitis nach der Empfehlung des Autors das Mittel der Wahl dar. Denn hier ist nicht nur ein Zustand negativer Immunität zu befürchten, sondern wegen der zuweilen stürmischen Reaktion können andere Mittel, in erster Linie die Vakzine direkt kontraindiziert erscheinen.

Nr. 9. September 1919.

Lévy-Bing, *Lehnhoff-Wyld* et *Gerbay*. Un nouveau composé arsénical: le Sulfarsénol. p. 520.

Durch den Krieg ist bei der großen Rolle, welche die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten gespielt hat und noch spielt, die Behandlung der Lues vielfach aus den Händen des Spezialisten in diejenigen des praktischen Arztes übergegangen. Diese Popularisierung wäre durchaus zu begrüßen, sofern der Augenblick der richtige wäre. Dies ist aber nach der Ansicht der Autoren noch nicht der Fall, denn die Behandlungsmethoden der Syphilis sind auch heute noch keine ungefährlichen und erheischen Sachkenntnis und Erfahrung. Der Grund dafür ist in dem Charakter der Medikamente gelegen, welcher durchaus kein harmloser ist.

Die Autoren geben eine kurze Kritik der verschiedenen Salvarsanpräparate und der Erfahrungen, welche damit in Frankreich gewonnen worden sind.

Das Alt-Salvarsan Ehrlichs hat die größte



Heilwirkung und den promptesten Einfluß auf die Wassermannsche Reaktion. Seine Nachteile sind die Umständlichkeit der Injektionstechnik und die damit verbundene Gefahr einer falschen Einstellung der Lösung (Übersäuerung, Überalkalisierung).

Das Neosalvarsan ist auf allen Punkten weniger wirksam als das Alt-Salvarsan, außerdem erscheint es in vermehrtem Maße Ikterus zu erzeugen und die Salvarsantodesfälle haben sich seit seiner Anwendung noch wesentlich vermehrt.

Das Novarsonobenzol hat dieselben Eigenschaften, wie das vorhergehende, doch erscheint es noch gefährlicher als jenes und zeigt eine bedauerliche Unregelmäßigkeit in der Qualität seiner Herstellung (Autoren hatten auf 20.000 Injektionen 3 Todesfälle). Das Galyl scheint an therapeutischer Wirksamkeit dem Novarsenobenzol gleichzukommen, doch teilt es seine sämtlichen schlechten Eigenschaften und ist außerdem umständlicher in der Anwendung und wenig zuverlässig in der Zusammensetzung.

Das Disodo-Luargol. Die Autoren besitzen keine eigenen Erfahrungen. Aus dem Urteil der andern Autoren scheint hervorzugehen, daß das Luargol an Wirksamkeit ungefähr dem Novarsenobenzol gleichkommt, dagegen besser vertragen wird und weniger gefährlich ist.

Die Forschung nach einer weniger zersetzlichen und einfacher zu handhabenden Verbindung wie das Salvarsan hatten zum Neosalvarsan geführt. Der Gedanke war dabei der gewesen, durch Anfügung einer Seitenkette an das ursprüngliche Radikal nicht nur die Alkalinität des Salvarsans zu neutralisieren, sondern auch gleichzeitig seine Stabilität zu erhöhen und womöglich noch sein parasitotropes Vermögen zu steigern. Dies wurde durch Bindung einer Aminogruppe des Salvarsans an Formaldehyd-sulfoxylsaures Natrium zu erreichen gesucht.

Auf Grund gleicher Überlegungen sind die Autoren zu einem Derivate gekommen, welches in der Seitenkette statt des Sulfoxylates den Methylester des sauren Natriumsulfats enthält.

As ═══ As

NH_2 — NH — CH_2 — O — S(=O) — ONa

OH OH



Das Salz ist neutral, sowohl in trockenem Zustande wie in Lösung außerordentlich beständig (im Gegensatz zu den übrigen Salvarsanderivaten) infolge der stabilisierenden Wirkung des Sulfits und zwar nicht nur in Bezug auf die Oxydierbarkeit als auch vermutlich auf die Aufspaltbarkeit des Arsenblocks.

Seine Toxizität ist für Mäuse 3 mal geringer wie diejenige des Altsalvarsans. Seine Wirkung erstreckt sich im Tierexperiment im Gegensatz zu den meisten andern Arsenderivaten auch auf das Trypanosoma Lewisi.

Den Schluß der Arbeit bildet eine Zusammenstellung von 33 Krankengeschichten von Luetikern, die mit dem neuen Mittel behandelt wurden (2 Fälle von Lues I, 23 Lues II, 6 Lues III, 2 Tabes). Resultat: das Mittel wirkt prompt auf die Abheilung der klinischen Symptome. Es wird gut vertragen (nur 33 Fälle!) und hat auf den Umschlag der Wassermannschen Reaktion anscheinend einen günstigen Einfluß. (Bemerkenswert ist immerhin die Tatsache, daß die beiden Fälle von Lues I positiv blieben nach total 1.68 bzw. 2,45 *ctg.* (soll wohl heißen *g.*!) und von 18 Fällen von Lues II nur einer negativ wurde! Wenn die Dosierung nach Bruchteilen von *ctg* sich bemißt, wie tatsächlich in der Arbeit (wohl irrtümlicherweise) angegeben wird und nicht nach *g*, wie man im Hinblick auf die üblichen Salvarsandosen fast vermuten möchte, so wäre diese Tatsache leicht begreiflich, die Wirkung des Mittels erschiene sogar eminent kräftig! d. Ref.)

Dosierung: Schema der wöchentlichen und gradatim steigenden Dosen: 0·06—0·12 0·18—0·30—0·48—0·6 *ctg* (!)

Technik: Die Dosen unter 0·3 *ctg* in 1 die höheren in 2 *ccm* dest. Wasser aufgelöst und intravenös injiziert. Die Beschwerden sollen bei paravenöser und auch nach intramuskulären Injektion bedeutend geringer sein als bei den andern Salvarsanpräparaten.

G. Miescher (Zürich).



Hautkrankheiten.

Tuberkulose.

Bruusgaard. Ein Fall von tuberkulösem Geschwür an den Genitalien (Lymphangitis tuberculosa dorsi penis). Norsk Magazin for Lägevitenskaben. 1917. Nr. 3. p. 311—315.

Kasuistische Mitteilung. Die Differentialdiagnose gegen tertiäre Syphilis war anfangs recht schwierig; schließlich wurden histologisch vereinzelte Tuberkelbazillen nachgewiesen. Harald Boas (Kopenhagen).

Inga Saeves. Beiträge zur Kenntnis der Hauttuberkulose. Tidsskrift for den Norske Lägeforening. 1917. p. 217—227.

Übersichtsartikel. Harald Boas (Kopenhagen).

Ditthorn und *Schultz.* Das Anreicherungsverfahren für den Nachweis von Tuberkelbazillen im Sputum. Zentralbl. f. Bakt. Bd. LXXIX. p. 166.

Den Autoren hat die von O. Müller empfohlene Eisenfällungsmethode äußerst günstige Ergebnisse geliefert und sich dem Antiforminverfahren überlegen erwiesen. Walther Pick (Wien).

Heusner, H. L. Sonne und Klima im Kampf gegen die Tuberkulose. Therap. Monatsh. 1917. H. 4. p. 133.

Die Arbeit enthält nichts Neues. Sigismund Bochyński (Würzburg).

Reyn und *Ernst.* Über die Verwendung von künstlichen Lichtbädern bei Lupus vulgaris und chirurgischer Tuberkulose. Hospitalstidende 1917. Nr. 19. p. 449—463, Nr. 20. p. 473—491.

Sehr gute Resultate. Verff. empfehlen die Kohlenbogenlichtbäder. Harald Boas (Kopenhagen).

Wichmann, P. Uber die Heilwirkung spontaner Antikörperbildung in der Haut auf äußere und innere Tuberkulose. Berl. klin. Woch. Nr. 23. p. 557 vom 4. Juni 1917.

Bei einem seit 12 Jahren beobachteten Fall war eine Heilwirkung durch Antikörperbildung in der Haut nicht nur auf die Tuberkulose der Haut, sondern auch der Lun-



gen und des Kehlkopfs erkennbar. Der Verlauf war folgender:

Ein 22jähriges Mädchen erkrankt an doppelseitiger Lungentuberkulose mit reichlichen Tuberkelbazillen im Auswurf. 1 Jahr darauf Kehlkopftuberkulose mit Stimmbandgeschwüren und so hochgradiger Atemnot, daß tracheotomiert werden muß. In der Umgebung der Wunde breitet sich ein serpiginöser Lupus aus, dessen zentrale Partien narbig abheilen. Die Operationswunde schließt sich glatt nach Entfernung der Kanüle. Drei Jahre nach der Tracheotomie hat der serpiginöse Lupusrand das Sternum bzw. die Oberseite des Kinns, im Nacken die Haargrenze erreicht; die gesamte zentrale, ehedem tuberkulöse Fläche ist abgeheilt. Lungen- und Kehlkopftuberkulose sehr wesentlich gebessert. Auswurf spärlich; auch nach Anreicherung Tb. —. Laryngoskopisch nur noch leichte Stimmbandschwellung, Husten und Heiserkeit geschwunden; spärliches trockenes Rasseln; gutes Allgemeinbefinden. „Die Kranke hat durch Selbstimpfung mit lebenden Tuberkelbazillen eigenen Stammes eine Antikörperproduktion in der Haut hervorgerufen, welche die dargelegten Heilwirkungen zur Folge hatte." Die in der Haut erzeugten Chemolysine greifen auf dem Blutweg die Bazillen der inneren Organe an. Als Ort der Antikörper-(Chemolysine-) Bildung gelten die epitheloiden Zellen der Hauttuberkel. Lymphozytenreiches Granulationsgewebe — das bei Lupus vorax ohne Heiltendenz fehlt — läßt durch Lymphozytenzerfall Fermente frei werden, die die Zellen der Tuberkel auflösen, worauf die Resorption einsetzt. Die Wirkung der Ponndorfschen intrakutanen Tuberkulinbehandlung kann analog erklärt werden Antikörperbildend können auch natürliche Besonnung, künstliche Höhensonne, Bäder etc. wirken.

Die angegebene Deutung der histologischen Bilder ist ebenso interessant wie hypothesenreich.

Krakauer (Breslau).

Aage, L. Fönss. Fokalreaktion nach Tuberkulininjektionen bei Lupus vulgaris. Ugeskrift for Läger. 1917. Nr. 24. p. 941—962.

Von 69 untersuchten Fällen von Lupus vulgaris gaben 56 eine sichere Fokalreaktion, 9 eine zweifelhafte und 4 gar keine Reaktion. Harald Boas (Kopenhagen).

Lanz, E. Über die Bedeutung der Hautreaktionen nach Tuberkulinimpfungen für Therapie und Prophylaxe der Tuberkulose. Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte. 1917. Nr. 29. p. 920.

Nach einem kurzen historischen Überblick über die

Tuberkulinbehandlung und nach Erörterung des Wesens der Tuberkulinreaktion, wobei sich Verf. hauptsächlich auf Sahli stützt, geht er über auf seine eigenen therapeutischen Erfahrungen, die er am Bezirksspital Biel mit der Stichgruppenreaktion nach Sahli gesammelt hat.

Positive Hautreaktionen erzielte er im I Stadium bei allen Patienten, im II. Stadium bei 80%, im III. Stadium bei 50%. Unter den positiv reagierenden zeigten einen günstigen Verlauf im I. Stadium 90%, im II Stadium 94% und im III. Stadium 44%. Lanz bezeichnet die positive Reaktion als ein prognostisch günstiges Symptom, um so günstiger, je leichter der Fall ist. Die fortgesetzten Hautimpfungen üben nach Verf. Heilwirkungen aus wie die Injektionen (Abbau des Tuberkulins zu unschädlichen Stoffen. Produktion physiologischer Abwehrkräfte in Form von Lysinen, Entgiftung). Durch die Verlegung der Reaktionen in die Haut werden die kranken Herde geschont und schädliche Allgemeinreaktionen vermieden. Die kutane Methode verdiene daher den Vorzug vor den Injektionen. Das Sahlische Verfahren mit Stichgruppen sei bei genügender Sicherheit in Dosierung und Steigerung und wegen der Möglichkeit der Oberflächenvergrößerung den anderen kutanen Methoden überlegen. Das erwähnte Kutanverfahren eigne sich zur Behandlung leichter und symptomatischer Behandlung schwerer Fälle, besonders aber zur prophylaktischen Behandlung infizierter Wohngemeinschaften.

Die physikalisch-diätetische und Sanatoriumskur verliere dadurch nicht an Bedeutung.

Max Winkler (Luzern).

Wichmann, P. Die kutane Tuberkulinbehandlung nach Ponndorf. Deutsche med. Woch. Nr. 42. 1917.

Nach Wichmanns Erfahrungen stellt die Ponndorfsche Methode einen Fortschritt in der Tuberkulinbehandlung dar. Sie benutzt die Produktion der Antikörper in der Haut und gewinnt hierin einen bedeutenden Faktor für die Abheilung der Tuberkulose. Da die Haut als Filter wirkt, ist auch die Toxinwirkung des Mittels geringer als bei anderen Anwendungsweisen. Sehr gering erscheint die Gefahr, eine Aktivierung und Propagation des Krankheitsherdes zu verursachen. Trotzdem aber Verf. das Ponndorfsche kutane Impfverfahren allen anderen Tuberkulinmethoden vorzieht, betont er doch, daß auch bei dieser wie bei jeder Tuberkulinbehandlung nur einige Heilungen, mehr Besserungen, aber auch viele Versager zu verzeichnen waren.

Max Joseph (Berlin).

Parasitäre Erkrankungen.

Fischer. Der Einfluß des Krieges auf die Dermatomykosen und ihre Pilzflora. Deutsche med. Woch. 30. 1917.

Unter dem Einflusse des Krieges sind beim Militär infolge der Berührung mit dem Ausland neue, bei uns wenig oder gar nicht bekannte Pilzarten als Erreger von Trichophytien aufgetreten. Am häufigsten, in etwa 80% der Fälle, kommt das Trichophyton cerebriforme als Erreger von oberflächlichen und tiefen Bartflechten vor. In etwa 10% findet sich ein Vertreter der mikroiden Gypseumgruppe, das Trichophyton gypseum asteroides. Dieses gehört ebenso wie das Trichophyton gypseum granulosum zum Tiertyp und beide Arten wurden stets bei Pferden nachgewiesen. Während das Tr. asteroides in Berlin schon früher verhältnismäßig oft, speziell bei Kutschern und Packern vorkam, ist das Tr. granulosum vor dem Kriege hier nicht gezüchtet worden. Bisher war das Tr. granulosum dem Menschen fremd; Verf. züchtete ihn zum ersten Male bei 2 Verwundeten aus Nordfrankreich. Die Infektion mit Trichophyton rosaceum war bisher in Berlin nicht beobachtet worden. Verf. konnte es 7 Mal züchten. Die Quellen der Infektion wiesen nach Belgien und Nordfrankreich hin. Das Trich. equinum, welches vom Verf. bisher zweimal kultiviert wurde, ist ein exquisiter Pferdepilz. Die faviform wachsenden Trichophyten, die Verf. zweimal bei Militärpersonen fand, gehören ebenfalls dem Tiertyp an, sie erzeugen häufig bei Rindern und Schweinen ausgedehnte Hauterkrankungen und gehen gelegentlich auf den Menschen über, sie verursachen hauptsächlich nicht selten sehr ausgedehnte Körpertrichophytien. In zweifelhaften Fällen wird ein Herpes tonsurans auf der unbehaarten Haut leicht durch den Pilznachweis in den Schuppen im durch Kalilauge aufgehellten Präparat gegenüber gewöhnlichen Ekzemen mikroskopisch festgestellt. Bei den Kerion- und Sykosisformen sichert der Pilzbefund in den Haaren die Diagnose; es müssen dazu abgebrochene und dem Zuge der Pinzette leicht folgende Haare entnommen werden. Bei den oberflächlichen Formen empfiehlt Verf. neben Jodpinselungen Dauerverbände mit 10—20% Schwefelvaseline, am Körper 1—2% Chrysarobinpasten und Epilation der Haare. Rasieren wird verboten. Gewarnt muß bei den oberflächlichen Formen werden vor Röntgen- oder Quarzlicht,

während die tiefen Formen die Domäne der Röntgenbestrahlung sind. Max Joseph (Berlin).

Benfey, A. Therapeutischer Brief aus dem Felde. Ther. Monatsh. 1916. H. 11. p. 540.

Was über die Geschlechtskrankheiten und die Pocken gesagt wird, ist hinreichend bekannt; nur bezüglich der menschlichen Räude sei erwähnt, daß sie sich von der Skabies durch das ausschließliche oder wenigstens stärkste Befallensein der Arme unterscheidet; in verschleppten Fällen sind Brust, Rücken, Bauch und Beine in abnehmender Intensität ergriffen. Therapeutisch haben sich Verf. Einreibungen mit Schmierseife, je $^1/_2$—1 Stunde an drei aufeinanderfolgenden Tagen, in schwereren Fällen Schwefelzinkpaste bewährt, bei über den ganzen Körper ausgebreiteter Räude genügten 3 Einreibungen mit Perubalsam zur vollständigen Heilung.

Sigismund Bochyński (Würzburg).

Ormsby, O. S. und *Mitchell,* J. H. Die Epidermophytie der Hände und Füße. The Journal of the American Medical Association. 1916. Sept. 2. p. 711.

Ormsby und Mitchell berichten eingehend unter Berücksichtigung der Literatur über zahlreiche Fälle von Eczema marginatum, um ihre durch gute Bilder veranschaulichten Ausführungen folgendermaßen zu schließen: 1. Ekzematoide und dyshidrotische Veränderungen durch Pilzinfektion kommen, wenigstens in Middle West, viel häufiger vor, als man im allgemeinen annimmt. 2. Die Störung tritt häufiger bei Männern als bei Frauen auf, häufiger an den Füßen als an den Händen und häufiger in der warmen und feuchten, als in der kalten und trockenen Jahreszeit. 3. Die Hautveränderung ist ein tiefsitzendes Bläschen, in dessen Dach sich die Pilzfäden finden. 4. Die befallenen Gebiete sind, nach ihrer Häufigkeit geordnet: *a)* Der vierte Zwischenzehenraum, *b)* die Plantarfläche der Wölbung und *c*) die Tuberositas des fünften Metatarsus. 5. Die Störung schließt sich an ein Eczema marginatum oft an oder sie folgt auf dasselbe und wird in vielen Fällen durch denselben Organismus verursacht 6. Der pathogene Pilz kann während der Wintermonate ruhend in den Hautfalten des Fußes verbleiben, um bei Eintritt des warmen Wetters eine akute Bläschenbildung, Desquamation und Mazeration zu verursachen. Fritz Juliusberg (Posen).

Stein, R. O. Die verschiedenen Ursachen der Alopekie. Med. Klinik. 1916. Nr. 3.

Der infektiöse Haarausfall wird am häufigsten durch Fadenpilze hervorgerufen (Mikrosporie, Trichophytie, Favus).



Bei der Mikrosporie sieht man einen intensiv grau bestaubten, schuppenden, fast völlig reaktionslosen, meist kreisrunden Plaque, in dessen Bereich alle Haare in gleicher Höhe abgebrochen sind. Zwei Formen der Trichophytie sind zu unterscheiden: die oberflächliche (Herpes tonsurans) und die tiefe. Von äußerst chronischer Dauer ist der Favus, der selten spontan ausheilt. Unbekannter Ursache ist die Alopecia areata, wenn auch manchmal gehäuftes Auftreten an ein infektiöses Agens denken läßt. Andererseits gibt es Fälle, wo nach Traumen Alopecia areata auftritt. Zu erwähnen wären die toxischen Alopekien, die stets diffus sind. Die Alopecia luetica kann diffus sein — vielleicht durch Toxine hervorgerufen — oder areolär — durch herdförmige Lokalisation der Spirochäten erzeugt. Atrophische Alopekien entstehen infolge Erschöpfung der Haarpapillen. Einen durch Narbenbildung hervorgerufenen Haarausfall verursachen impetiginöse Erkrankungen der Kopfhaut, die Pseudopelade (Brocq), die Folliculitis decalvans und der Lupus erythematodes. Hugo Hecht (Prag).

Hoffmann, Erich. Hartnäckige Pilzerkrankung der Interdigitalräume (interdigitale Dermatomykose) mit familiärer Übertragung. Deutsche med. Woch. Nr. 51. 1916.

Die von Hoffmann berichteten 4 Fälle zeigten membranartig verdickte, auf bläulich-rotem Grunde grau erscheinende, mit kleinsten Bläschen bestandene Herde in den Zehenfurchen. Die mikroskopische Untersuchung ließ reichliche Pilzmyzele erkennen. Zwei Fälle bewiesen die Übertragung der Affektion in der gleichen Familie. Pinselung mit verdünnter Jodtinktur führte zur Heilung. Einmal wurden auch die Hände in Mitleidenschaft gezogen.

Max Joseph (Berlin).

Teichmann, Ernst. Entlausung durch Zyanwasserstoff. Deutsche med. Woch. Nr. 10. 1917.

Die sorgfältigen Versuche von Teichmann ergaben, daß Läuse und Nisse durch zweistündiges Ausräuchern bei 1 Volumprozent Blausäure sicher abgetötet wurden. Bei nur einstündiger Räucherung müssen 2 Volumprozent Blausäure genommen werden. Ein Vorzug dieses Verfahrens ist, daß der Zyanwasserstoff leicht alle porösen Stoffe durchdringt, Metalle, Leder und Kleiderstoffe nicht angreift und verhältnismäßig billig ist. Ein schwerer Nachteil ist allerdings die giftige Wirkung der Blausäure auf Menschen. Äußerste Vorsicht ist daher geboten; der Raum, in den die zu reinigenden Kleider etc. gebracht werden, ist schnell zu verlassen, sorgfältig abzudichten, nach der Räucherung



kräftig zu lüften und erst dann zu betreten. Natürlich kann hier also nur von der Entlausung von Gegenständen die Rede sein. Max Joseph (Berlin).

Nußbaum. Pferderäude beim Menschen. Berl. klin. Woch. Nr. 43. 22. Okt. 1917. p. 1033.

Vorzugsweise befallen sind Arme und Nacken. Skabiesmilben unterscheiden sich weder in Form noch Größe von Räudemilben; letztere können sich auf der menschlichen Haut nicht fortentwickeln. Die Räude verläuft milder als die Krätze, die Behandlung ist ähnlich.

Krakauer (Breslau).

Habermann, R. Eine praktische und billige Krätzebehandlung mit Bemerkungen über Glyzerinersatz. Deutsche med. Woch. Nr. 36. 1917.

Da die gut wirkenden Ristin- und Peruolpräparate für umfangreiche Behandlungen zu kostspielig erschienen, erprobte Habermann mit gutem Erfolge bei Krätze folgende β-Naphtholmixtur: β-Naphthol 15·0, Calc. carbonic. 80·0, Zink. oxydat. 30·0, Natr. carbon. 1·5, Mollphorus 60·0, Aq. font. ad 300·0. Schüttelmixtur. Das hier verwendete Mollphorus ist ein stark hygroskopischer, jucklindernder, nicht reizender Sirup, der im Gebrauch sehr sparsam ist und sich auch zur Herstellung von Zinkleim und zur Tamponbehandlung eignet. Von den Glyzerinersatzmitteln kommt dem Glyzerin am nächsten das Perkaglyzerin, doch fehlt diesem für einige Medikamente das genügende Lösungsvermögen. Dieser Nachteil besteht nicht bei dem Glykol, welches aber für Heereszwecke beschlagnahmt und daher nur in kleinsten Mengen erhältlich ist. Mollphorus ist somit als ein praktisches Ersatzmittel zu begrüßen.

Max Joseph (Berlin).

Rullmann. Weitere Angaben über die Unterscheidung der drei Genera Cladothrix, Streptothrix und Aktinomyzes. Ztbl. f. Bakt. Bd. LXXIX. p. 383.

Streptothrix: Wirkliche Schimmelpilze, aus deren Myzel sich baumartig verzweigte aufrechte Hyphen entwickeln, die meist einen sympodialen Aufbau zeigen und teils sitzende, teils gestielte Sporen tragen.

Cladothrix gehört zu den Spaltalgen und bildet Fäden und Scheiden mit falscher Verzweigung.

Aktinomyzes ist durch das Wachstum in derben, knorpelig-faltigen, fest dem Nährboden anhaftenden Kolonien und die Bildung gestreckter Myzelfäden mit echten monopodialen Verzweigungen charakterisiert. Bei alten Kulturen tritt eine weiße, kreideähnliche Verfärbung ein.



Der von Reuter (Zeitschr. f. Hygiene, Bd. LXXXII) im Lungensputum Fleckfieberkranker gefundene Pilz gehört nicht, wie Reuter meint, zur Gattung Streptothrix, sondern zur Gattung Aktinomyzes. Walther Pick (Wien).

Saalfeld, Edmund. Zur Bekämpfung der Weiterverbreitung der Herpes tonsurans-Epidemie. Berl. klin. Woch. Nr. 52. 24. Dez. 1917. p. 1239.

In Berlin treten sehr zahlreiche Fälle von Barttrichophytien auf; die ersten wurden wohl durch Soldaten von der Front eingeschleppt, weshalb es sich empfiehlt, diese auch hierauf gleichwie auf Geschlechtskrankheiten und Ungeziefer zu untersuchen. Dann aber müßten in der Heimat hygienische Maßnahmen in den Friseurläden durchgeführt werden. Aus dem Jahre 1901 liegen schon zwei bezügliche Erlasse vor; der eine für den Kreis Niederbarnim ordnet gründliche Reinigung, Entfernung von Hunden und Katzen an, schließt hautkranke Personen vom Barbiergewerbe aus, befiehlt vor Bedienung eines jeden Kunden die Reinigung der Hände des Barbiers, seiner Werkzeuge sowie die Bedeckung des Kopfteiles des Sessels mit Papier. Der zweite betrifft die Pfalz und ordnet ungefähr das gleiche an. Zur Desinfektion der Instrumente dient Abreiben mit Alkohol vor jeder Benutzung; Bürsten und Kämme müssen täglich mit warmer 5%iger Sodalösung gewaschen werden.

Für die Jetztzeit empfiehlt Verf. dringend und schnell das Zusammenarbeiten von Dermatologen und Hygienikern zur Aufstellung neuer Vorschriften.

Krakauer (Breslau).

Paetsch. Zur Behandlung der auf den Menschen übertragenen Pferderäude. Deutsche mediz. Woch. Nr. 41. 1917.

Paetsch beobachtete längere Zeit hindurch eine von Pferden auf Menschen übertragene Räude an einem Pferdelazarett und stellte als Erkennungszeichen die kurze Inkubationszeit, den Beginn an den Unterarmen mit Freilassen der Hände und den starken Juckreiz fest. Da weder eine antiskabiöse, noch eine alleinige Heißluftbehandlung dauernde Erfolge zeitigte, griff Verf. zu folgender kombinierter Therapie: Heißluftvorbehandlung, darauf Einreibung mit Perugen- oder Schwefelsalbe. Die Heißluftofensitzung wurde in Dauer von 1/2 Stunde in leichteren Fällen einmal, in schwereren dreimal mit einem Tage Pause vorgenommen. Durch diese Behandlung gelang es, die Räude völlig aus dem Pferdelazarett zu vertreiben. Prophylaktisch bewährten sich Einreibungen mit Schwefel- oder Perugensalbe.

Max Joseph (Berlin).



Galli-Valerio. Parasitologische Untersuchungen und Beiträge zur parasitologischen Technik. Zentralbl. f. Bakt. etc. Bd. LXXX. p. 264.

1. Aus dem Abszeßeiter eines Kindes wurde Sporotrichon Beurmanni gezüchtet. Die Einimpfung des Eiters beim Meerschweinchen ergab jedoch Tuberkulose. Die bei verschiedenen Erkrankungen gefundenen Fadenpilze können also auch Parasiten sein.

2. Es ist möglich Aktinomykose noch zu diagnostizieren, auch wenn der Eiter einige Monate im Wasser gelegen ist.

3. Die Sarkoptesräude, durch S. minor hervorgerufen, ist von Katzen auf Kaninchen übertragbar.

4. Empfehlung der Geisselfärbung nach Casares-Gil. Das hiebei verwendete Rosanilin. hydrochlor. muß gut im Mörser zerquetscht werden. Die Lösung ist jahrelang haltbar.

5. Empfehlung der Spirochätenfärbung nach Hollande:

Lösung *A*: Äthergerbsäure 5 *g*, Essigsäure 5 cm^3, 96% Alkohol 50 cm^3, dest. Wasser 50 cm^3;

Lösung *B*: Zu 100 cm^3 einer 5% wässerigen Lösung von Arg. nitr. gibt man 2 cm^3 Pyridin. Nach einigen Stunden tritt ein kristallinischer Niederschlag auf. Die Lösung wird klar abgegossen und in schwarzer Flasche aufbewahrt.

Färbung: Lufttrockene Ausstriche mit 96% Alkohol fixieren, zweimal je 1' mit Lösung *A* erwärmen, mit Leitungswasser, danach mit dest. Wasser gut waschen, zweimal je 1' mit Lösung *B* bis zur Dampfentwicklung erwärmen, waschen, trocknen. Spirochäten braun auf gelbem Grund. Walther Pick (Wien).

Golliner. Soor der Vulva. Deutsche mediz. Woch. Nr. 50. 1916.

Bei der sonst gesunden Frau stellte sich plötzlich heftiges Jucken an den Genitalien ein, das durch Spülungen mit übermangansaurem Kali und indifferenten Salben nicht zu beseitigen war. Die Untersuchung ergab weißliche Auflagerungen, die sich unter dem Mikroskop als Soorpilze erwiesen. Die kurz vor der Erkrankung vorgenommenen Spülungen mit Holzessig enthaltenden Tabletten hatten vielleicht das sonst alkalische Vaginalsekret zu einem günstigeren Nährboden gestaltet. Unter Irrigationen mit Boraxlösung und Pinselung mit Boraxglyzerin trat bald Heilung ein. Max Joseph (Berlin).

Sonstige Dermatosen.

Wirz, A. Über einen Fall von Dermatitis exfoliativa und seine Beziehungen zum Pemphigus neonatorum. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte. 1916. Nr. 50. p. 1685.

Verf. hat im Säuglingsheim in Zürich einen typischen Fall von Dermatitis exfoliativa beobachtet, der ad exitum kam. Der pathologische Befund sprach ebenfalls für die Diagnose. Vier Wochen später wurde ein Fall von Pemphigus neonatorum aus derselben Anstalt ins Säuglingsheim eingeliefert und 4 Monate später ein weiterer Fall von Pemphigus neonatorum. Daneben sollen in derselben Anstalt noch weitere Pemphigusfälle aufgetreten sein. Wirz vermutet, daß alle diese Fälle miteinander zusammenhängen, was ihr vom ätiologischen Standpunkte aus für die Identität der beiden Krankheiten zu sprechen scheint.

Max Winkler (Luzern).

Einer Sylvest. Leukonychia artificialis. Hospitalstidende 1917. Nr. 3. p. 59–63.

Bei fast allen Viktualienhändlern und -gehilfen in Kopenhagen wurde eine ausgesprochene Leukonychie, besonders im distalen Teil, beobachtet. Verf. hat nachgewiesen, daß diese Leukonychie durch das Arbeiten mit den Händen in Salzbrühe hervorgerufen wird. Die Zellen schrumpfen und sterben und die Luft dringt zwischen Matrix und Nagel ein. Harald Boas (Kopenhagen).

Ravich. M. L. Herdinfektion in Beziehung zu gewissen Dermatosen. The Journal of the American Medical Association. 1916. August 5. p. 430.

Ravich berichtet über eine Anzahl Fälle, wo anderweitige infektiöse Herde die Ursache der Hauterkrankung darstellten. Auch die Literatur über diese Vorkommnisse wird kurz berücksichtigt. Fritz Juliusberg (Posen).

Joelsohn, Erich. Zwei bemerkenswerte Fälle von Alopecia areata. Med. Klinik. 1916. 780.

In einem Falle kam es drei Tage nach schwerem Schrecken zu teilweiser Graufärbung der Haare und nach weiteren 3 Wochen zu einer Alopecia areata, die von den ergrauten Stellen ausging. Ein zweiter Fall zeigte Verbindung von Alopecia areata und Vitiligo.

Hugo Hecht (Prag).

Magnus, Georg. Über Verbrennungen durch das Geschoß. Med. Klinik. 1916. Nr. 45.

Die Nekrosen, die in der Umgebung von Granatsplitter-



verletzungen entstehen, sind als Verbrennungen dritten Grades aufzufassen. Dafür spricht das Vorkommen von Verbrennungen zweiten und ersten Grades; manchmal sieht man um eine Wunde konzentrisch in Zonen angeordnet alle drei Formen. Als Ursachen für die Wärme des Geschosses kommen in Betracht: das Abbrennen der Kartusche, die Reibung an den Rohrwänden, die Umwandlung der lebendigen Kraft in Wärme beim Aufschlagen, das Krepieren der Sprengladung und die Reibungswärme des Splitters im Körper. Bei Schrapnellverletzungen spielen Verbrennungen keine Rolle. Dagegen sind sie bei Handgranaten und Minenverletzungen zu beobachten. Auch beim Infanteriegeschoß (aus Blei) scheint die Wirkung der Wärme von Bedeutung zu sein. Hugo Hecht (Prag).

Meyer-Hürlimann. Akuter Exophthalmus bei Quinckescher Krankheit. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte. 1917. Nr. 6. p. 161.

Einen Fall von Quinckescher Krankheit beobachtete Meyer. Neben akuter Schwellung des Gesichtes, des Ohres, des Unterschenkels mit wahrscheinlicher subperiostaler Exsudation, der Rippen, des weichen Gaumens, des Pharynx, akutem Larynxödem und explosionsartig auftretenden Diarrhöen mit Schleimabgang waren bei der 51jähr. Frau Anfälle von akutem Exophthalmus zu konstatieren, die einen sehr bedrohenden Eindruck machten. Eine Mitbeteiligung des Optikus war nicht zu konstatieren und die Anfälle verliefen ohne Schädigungen für das Auge.

Verf. möchte speziell die Aufmerksamkeit der Ophthalmologen auf diese seltene Lokalisation des akuten Ödems lenken. Max Winkler (Luzern).

Tièche. Über einen Fall von Urticaria pigmentosa. Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte. 1917. Nr. 17. p. 211.

Über einen Fall von Urticaria pigmentosa mit spätem Beginn — im 15. Lebensjahr — berichtet Tièche. Die Affektion trat nach einer leichten Magendarmstörung in Form einer akuten Urtikaria auf, die bei der Abheilung braune Flecke hinterließ. Die braun pigmentierten Stellen reagierten auf äußere Reize namentlich traumatischer Natur mit einer deutlichen Urticaria factitia, während sich die übrige Haut normal verhielt.

Histologisch handelte es sich um ein Infiltrat, das hauptsächlich aus fusiformen Bindegewebszellen bestand. Mastzellen waren auch reichlich zu konstatieren, hauptsächlich in der Umgebung der Gefäße des Subpapillar-



körpers, ohne daß man nach Verf. berechtigt wäre, von einem Mastzellentumor zu sprechen.

Alle therapeutischen Versuche auch mit Eigenserum und fremdem Serum, sowie die Kalkmedikation schlugen fehl.

Tièche nimmt an, daß die pigmentierten Hautzonen durch autotoxische Vorgänge (vielleicht vom Magendarmtraktus aus) in der Weise „umgestimmt" wurden, daß sie mit Pigmentationen und auf Reize mit Urticaria factitia reagieren. Er spricht sich gegen eine Trennung in verschiedene Krankheitsbilder aus.

Max Winkler (Luzern).

Münch, W. A. Dermatitis bullosa durch Hahnenfuß-Gift. Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte. 1917. Nr. 8. p. 244

Münch sah bei 2 Geschwistern im Alter von 10—12 Jahren an Hand- und Fingerrücken dunkelbraunrote bis hellgelbe blasige Abhebungen und erfuhr beim Erheben der Anamnese, daß die Mutter diesen 2 Kindern zum Vertreiben der Warzen Saft der Blätter und Blüten des Hahnenfußes (Ran. acris) eingerieben hatte, worauf die Blasen entstanden sind. Nach 14 Tagen trat Heilung der Dermatitis auf, die Warzen sollen aber wieder zum Vorschein gekommen sein.

Einen 3. Fall von Ranunkulus-Dermatitis sah Verf. bei einer Dame, die einen Strauß von Ranunkel- und Anemonenblüten in der mit einem Lederhandschuh bekleideten Hand vom Felde nach Hause trug. Sie soll dabei den Strauß mehrmals gegen das Gesicht gedrückt haben. Am folgenden Tage sollen etwa ein halbes Dutzend größerer und kleinerer Blasen auf Nase, Wangen nnd Lippen unter lebhaftem Brennen und leichter allgemeiner Körperstörung aufgetreten sein, die unter Lenicetpuder rasch heilten.

Max Winkler (Luzern).

Klinger, R. Zur Behandlung der Purpura und Hämophilie. Deutsche med. Woch. Nr. 51. 1916.

Klinger widerlegt die Ansicht Fonios, daß der herabgesetzte Plättchengehalt des Blutes die Ursache mancher Purpuraformen darstelle, vielmehr könne diese Erscheinung durch Schädigung des Knochenmarks bedingt sein. Da die Gerinnungszeit des Blutes bei Purpura normal sei, könnten die Blutplättchenzahlen für die Gerinnbarkeit des Blutes in vitro nur wenig Bedeutung haben. Aus diesen Gründen widerrät Verf. auch die Anwendung von Koagulenlösung bei Purpura, welche übrigens per os keinen Einfluß auf die Blutgerinnbarkeit üben könne. In manchen Fällen von Hämophilie erwiesen sich kräftige Zytozym-

lösungen als gute Heilmittel, schwere Fälle behandle man sogleich mit Bluttransfusionen von einem normalen Menschen. Max Joseph (Berlin).

Pentz, J. B. A. Zur Frage der Purpura erregenden Krankheitszustände. Deutsche med. Woch. Nr. 3. 1917.

Im Gegensatz zu jenen Hautblutungen, die als ein Sympton anderer Erkrankungen erscheinen, behandelt Pentz die Purpura idiopathica, eine Affektion sui generis. die sich als eine kausal noch unbekannte, zu starke, fast blitzartige Verminderung der Blutplättchen darstellt und als charakteristisches Merkmal eine erhebliche Thrombopenie zeigt, welche auch im Experiment nachgewiesen werden konnte. Die berichteten Fälle betreffen eine schwere Werlhofsche Krankheit, bei der Injektionen von Kocher-Fonios Koagulens gute Dienste tat, 4 ähnliche, aber leichter verlaufende Affektionen, eine typische unheilbare Hämophilie, die sich schon in früher Jugend in Blutungen, Verdickungen an Knie, Knöchel, Ellenbogen zeigte und nicht durch Koagulen, eher durch Pepsin, Calcium lastic, Mutterlaugenbäder. Kalbsleber- und Ovarialtabletten, zu beeinflussen war. Unklar blieb ein dritter Fall. Dieser zeigte zwar Schwellungen und Hämatome, aber Traumen blieben wirkungslos und die bei allen anderen Patienten bestehende Familienanamnese war nicht vorhanden. Es lag eine klinisch nachweisbare Hämophilie mit Verlangsamung der Blutgerinnung aber ohne Heredität vor. Verf. hält die Gerinnungsprobe zur Klarstellung der Diagnose für unbedingt nötig. Max Joseph (Berlin).

Hornowski, J. Ein Beitrag zur Pathogenese der Sklerodermie. Przeglad lek. 1917. Nr. 13, 14.

In einem Falle (35jährige Frau) von diffuser Sklerodermie am Halse, an der Brust, am Bauche und an den oberen Extremitäten, hat der Verf. anatomische Untersuchungen nicht nur der Haut, sondern auch der Arterien, aller Drüsen mit innerer Sekretion und der Nervengewebe durchgeführt. Die noch im Leben der Kranken unternommene Wassermannsche Reaktion fiel deutlich positiv aus. Aus dem Sektionsprotokolle ist folgende Diagnose zu entnehmen: Tuberculosis pulmonum, Adhaesiones pleurales, Infiltratio adiposa hepatis, Perisplenitis cartilaginea, Atheroma incipiens aortae. Daneben wurde eine Hypoplasie des arteriellen Systems und des Rückenmarks besonders der vorderen Hörner und Verminderung der Zellmenge in diesen und in den Clarkschen Säulen gefunden. Auch eine starke Hypertrophie des chromaffinen Systems in den sympathi-



schen Nervenganglien und in den Nebennieren, mit Verminderung der acidophilen Zellen wird hervorgehoben. Von den erworbenen pathologischen Läsionen beschreibt der Verf. neben Tuberkulose und den sklerodermatischen Veränderungen fibröse Degeneration der Thyroïdea, Atrophie der Ovarien, Hypertrophie der Marksubstanz der Nebennieren und Mangel der Chromierung der Zellen dieser Schicht, wie auch atrophische Degeneration in der Hypophyse. Aus diesem anatomischen Bilde kommt H. zu dem Schlusse, daß die Kranke mit angeborenen sympatikotonischen Anomalien behaftet war und daß aus diesem Grunde das sympathische System besonders stark erkrankte. Er meint daher, daß die sklerotischen Veränderungen in der Haut und die Atrophie infolge ungenügender Ernährung, welche durch Gefäßerkrankung bedingt ist, entstehen. Die Arterien waren in diesem Falle sehr eng und dadurch auch wenig widerstandsfähig gegen verschiedene Einflüsse. Das stark entwickelte chromaffine System wirkte reizend auf das sympathische System, welches die Erweiterung der Gefäße verursachte. Infolge dessen waren hauptsächlich die radiären elastischen Fasern der Gefäße tätig und als Gegenwirkung die Fasern und der Muskelbündel der Media. Dadurch kam es zur Degeneration der Medianschicht und als Kompensation zur Hypertrophie der Gefäßwand. Im Verhältnis zu der Hypertrophie des chromaffinen Systems bildet die Hypoplasie der sympathischen Zentren ein Schutzmittel des Organismus, weil die Reizungen der sympathischen Nerven dadurch in geringerer Stärke zur Wirkung kommen. Diese Momente scheinen in der Pathogenese der Sklerodermie die hervorragendste Rolle zu spielen. Die Veränderungen der Dura mater und des Zerebralgewebes beziehen sich in diesem Falle auf bestehende Erscheinungen von Dementia praecox. Krzysztalowicz (Krakau).

Kisemeyer, A. Bullöse Psoriasis. Hospitalstidende. 1917. Nr. 30. p. 717—730

Die Patientin, ein 13jähriges Mädchen, hatte ein remittierendes bullöses Exanthem über den ganzen Körper verbreitet. Nach Abheilung dieser Effloreszenzen nahmen die einzelnen Elemente ganz den Charakter typischer Psoriasiselemente an. Harald Boas (Kopenhagen).

Lomholt. Ein Fall von universeller desquamativer Erythrodermie und Nephritis, durch quecksilberhaltige Salbe hervorgerufen. Ugeskrift for Läger. 1917. Nr. 18. p. 699—700.

Kasuistische Mitteilung. Der Titel gibt den Inhalt an.

Die verwandte Salbe war Ung. chloreti amido-hydrargyrici; nach einigen Wochen trat völlige Restitutio ad integrum ein. Harald Boas (Kopenhagen).

Brun-Pedersen. Bromexanthem. Hospitalstidende. 1917. Nr. 18. p. 417—429.

Kasuistische Mitteilung.

Harald Boas (Kopenhagen).

Winternitz, R. Erfrierung im Röntgenbild. Medizinische Klinik. 1917. Nr. 9.

Die mit vielen instruktiven Photogrammen versehenen Ausführungen sollen das klinische Bild der starken und langdauernden Abkühlung knochenhaltiger Organe durch den objektiven Befund, wie er sich im Röntgenbild darstellt, ergänzen. Der Röntgenbefund läßt sich umschreiben als (langandauernde) Atrophie — Aufhellung und Verdünnung — von Röhrenknochen, besonders an deren spongiösen Gelenkenden kenntlich und bei Steigerung der Schädlichkeit bis zur völligen Unkenntlichkeit der Knochen, das ist zu ihrem Schwund, fortschreitend.

Viktor Bandler (Prag).

Curschmann, H. Über Luminaldermatitis. Ther. Monatsh. 1917. Heft 4. p. 148.

In drei Fällen trat auf Luminalgebrauch in Dosen von 3 mal täglich 0·1 *g* eine plötzlich einsetzende, heftige Dermatitis auf, die völlig dem akuten Ekzem entsprach und nach Aussetzen des Mittels sofort zurückging, besonders prompt, wenn Calcium chloratum (3—4 mal tgl. 1·0 *g*) gegeben wurde. Kleinere Dosen (2—3 mal tgl. 0·05 *g*), gleichzeitig mit einem Kalziumpräparat gegeben, wurden anstandslos vertragen. Das Luminal gehört zur Barbiturgruppe; es werden wohl daher auch andere hierher gehörige Präparate, die seit langem in Gebrauch sind, ähnliche Hauterscheinungen hervorrufen können.

Sigismund Bochyński (Würzburg).

Strauß, H. Über Luminalexantheme. Therapeut. Monatsh. 1917. H. 8. p. 338.

Die Behauptung Curschmanns (s. o.), daß über Nebenwirkungen des Luminals bis jetzt wenig veröffentlicht wurde, trifft nach Verf. Ansicht nur für die akute Dermatitis zu. Es wurde bereits über verschiedene Exantheme von ziemlich vielen Autoren berichtet. Verf. selbst hat im Laufe der letzten zwei Jahre 5 mal juckende, masern- oder scharlachähnliche Exantheme beobachtet und zwar — das wird besonders betont — nur bei Herz- und Gefäßkranken. Die in zwei Fällen bestehenden leichten Tempe-



raturerhöhungen veranlaßten S., an der Auffassungsweise der Arzneiexantheme als rein vasomotorischer Störungen zu zweifeln und anaphylaktische Vorgänge, wie man sie bei Serumexanthemen sieht, zur Erklärung heranzuziehen.

Sigismund Bochyński (Würzburg).

Lomholt. Xeroderma pigmentosum, mit Kohlensäureschnee behandelt. Hospitalstidende. 1917. p. 933—938.

Kasuistische Mitteilung. Die Patientin wurde erheblich gebessert. Harald Boas (Kopenhagen).

Haxthausen. Studien über Lichtdermatiten. Die Bedeutung der normal im Körper vorkommenden Stoffe für die lichtbiologischen Prozesse. Hospitalstidende. 1917. p. 765—775.

Zum kurzen Referat nicht geeignet.

Harald Boas (Kopenhagen).

Steiger. O. Über Argyria universalis und Demonstration von Kranken mit medikamentöser Argyrie. Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte. 1917. Nr. 37. p. 1192.

Verf. demonstriert in der Gesellschaft der Ärzte in Zürich 3 Fälle von medikamentöser Argyrie. Beim 1. Fall handelte es sich um eine multiple Sklerose, die vom 15. Juli 1888 bis 8. Januar 1889 3mal täglich eine Pille von Arg. nitr. à 0·01, in toto 6·21 Arg. nitr. oder 3·94 Silber bekommen hatte. Die Symptome traten 7 Monate nach der Silberaufnahme auf und machten sich bemerkbar in Form eines Silbersaums an den Lippen und am Zahnfleisch, metallisch schimmernden Haaren, starker Verfärbung der Augenlider und der Nagelglieder. Die unbedeckte Haut ist silbergrau und metallisch glänzend, die bedeckte fahlgrau. Narben frei von Pigment. Im Stuhl Silber nachweisbar nach KJ-Darreichung. Im Blut und im Urin negativ.

Beim 2. Fall handelte es sich um eine Patientin mit Ulcus ventriculi, die von 1901 bis 1904 in toto 4·2 Arg. nitr. oder 2·6 Silber bekam. Auch hier kam es zur universalen Argyrie mit dem gleichen Symptomenkomplex wie im 1. Fall. Im Blut und Stuhl Silber nachweisbar, im Urin fehlend.

Im 3. Fall handelte es sich um einen 56jährigen Mann mit Tabes dorsalis, der von 1896 bis 1901 4 *g* Arg. nitr. intern erhalten hatte. Der ganze Körper rauchgrau verfärbt, Gesicht und Hände metallisch glänzend. Im Stuhl Silber positiv, im Urin und Blut fehlend.

Verf. erwähnt dann noch einen 4. Fall, der ihm zur Kenntnis gekommen ist und bei dem nach mehr als 100



Pinselungen mit Arg. nitr. wegen Trachoms eine Argyrie an der Bindehaut des Auges auftrat.

Steiger macht darauf aufmerksam, daß bei seinen Fällen die zur Argyrie führende Silberdosis bedeutend kleiner gewesen sei, als die in der Literatur erwähnten Dosen. Bei der Silbermedikation sei also Vorsicht geboten.

Max Winkler (Luzern).

Zlocisti, Theodor. Die ulzero-gangränösen Stomatitisformen des Skorbuts. Med. Klinik. Nr. 46.

Der meist bedrohliche Zustand läßt sich durch Salvarsan günstig beeinflussen. Nur müssen große Dosen (Neosalvarsan 0·9 *g*) angewendet werden. Allerdings können dadurch die Folgeerscheinungen der Noma, die konsekutiven Nekrosen, nicht aufgehalten werden. Doch sinkt das Fieber und die stomatitischen Geschwüre gelangen zur Heilung.

Hugo Hecht (Prag).

Gaber, Hans. Daten zum Krankheitsbild der sogenannten spontanen Hautgangrän. Berl. klin. Woch. Nr. 41. 8. Okt. 1917. p. 985.

4 Fälle, von denen 2 extragenital lokalisiert waren. Alle verliefen günstig. Bakteriologisch: Staphylokokken.

Krakauer (Breslau).

Alexander, Alfred. Über Purpura haemorrhagica fulminans. Deutsche med. Woch. Nr. 50. 1917.

Der schwächliche, seit 8 Jahren tuberkulöse Patient Alexanders erkrankte unter den Strapazen des Soldatenlebens zuerst an Influenza und Lungenspitzenkatarrh. Bald darauf erschienen plötzlich rote Flecke über die gesamte Haut und Schleimhaut verbreitet. Blutungen aus Mund, Nase, im Urin und Stuhl, Erbrechen und Schluckbeschwerden traten hinzu, bis unter immer zunehmender Schwäche der Tod erfolgte. Gelatineinjektionen und Calc. lact. blieben ohne Wirkung. Die Sektion ergab ausgedehnte Blutungen im Magendarmkanal, Nieren, Nebennieren, Gehirn, Lungen, Leber, Haut, Muskeln, Schleimhäuten, Zunge, Konjunktiva, Perikard und Pleura. Bemerkenswert war die völlige Zerstörung der Nebennieren, welche somit ihre heilkräftigen Hormone nicht mehr absonderten und den rapiden Verlauf der Purpura haemorrhagica verursachten. Wahrscheinlich bestand hier wie bei vielen Purpurafällen das auslösende Moment in den Bakterientoxinen der Tuberkulose, welche die ungewohnten Anstrengungen und Entbehrungen zu neuem Aufflackern brachte, oder es lag eine der schweren Mischinfektionen der Tuberkulose vor.

Max Joseph (Berlin).



Therapie.

Henrich, F. Erlangen. Über Wandlungen der Grundanschauungen der Chemie. Unter Zugrundelegung der neusten radiochemischen Forschungen. Zeitschrift für Balneologie. Nr. 9/10. 1916.

Alle radioaktiven Elemente entstehen durch Atomzerfall der beiden Mutterelemente Uran und Thorium, und zwar zerfallen von der großen Menge der ein Radioelement zusammensetzenden Atome in jeder Zeiteinheit eine ganz bestimmte, für dieses charakteristische Menge von Atomen (Radioaktivitätskonstante). Bei dem Atomzerfall entstehen: α-Strahlen (Heliumatome mit doppelt positiver elektrischer Ladungseinheit von der relativen Masse 4), β-Strahlen (Elektronen oder negativ geladene Korpuskeln von der scheinbaren Masse $^1/_{1800}$ eines H-Atoms) und die eigentlich wirksamen, den Röntgenstrahlen vergleichbaren γ-Strahlen. Durch Aussendung von α-Strahlen wird also das Atomgewicht der neu entstehenden Radioelemente um 4 geringer; während z. B. das Radium ein Atomgewicht von ca. 226 hat, fällt es bei dem Endprodukte der Radiumzerfallsreihe, dem nicht mehr radioaktiven sog. RaG, auf 206, ein Atomgewicht, das sich vom dem des Bleis um etwa 1 unterscheidet, sonst aber merkwürdigerweise völlig dem Blei identische Eigenschaften aufweist. Damit scheint das Mendelejeffsche Gesetz durchbrochen, nach dem chemisch identische Körper auch gleiche Atomgewichte haben. Ebenso hat F. Soddy beobachtet, daß sich gewisse verschieden atomschwere radioaktive Substanzen durchaus chemisch identisch verhalten. Solche sogenannte isotope Elemente stehen nun immer in der gleichen Gruppe des Mendelejeffschen Systems, in dem sie beim Zerfall bei α-Strahlung um 2 Gruppen zurück, bei β-Strahlung um eine Gruppe herauf verschoben werden. Wenn nun andrerseits Radioelemente mit gleichem Atomgewicht (U_2, $U\times_2$, $U\times_1$ usw.) verschiedene chemische Charaktere haben können, kann also das Atomgewicht die chemischen Eigenschaften nicht bestimmen, wie es das periodische Gesetz erfordert. Aufschluß über diese Frage gibt die Struktur des Atoms, das wir uns nach Rutherford als einen von negativen Elektronen umgebenen Kern vorstellen müssen, der eine bestimmte, durch Ablenken von α-Strahlen oder genauer durch Untersuchung des Röntgenstrahlenspektrums meßbare positive Ladung hat. Letztere Ladungszahl, die sogenannte Kernladung, ist im periodischen



System gleich der Ordnungszahl der Elemente, steigt auch gesetzmäßig dort um 1, wo man — wie z. B. beim Übergang vom Kobalt zum Nickel — durch die chemische Eigenschaft genötigt war, das atomschwerere vor das leichtere Element im System einzureihen. Daraus muß man schließen, daß nicht das Atomgewicht, sondern das Kernladungsgewicht den Platz eines Elementes im periodischen System bestimmt. Nun haben tatsächlich die isotopen Elemente bei verschiedenem Atomgewicht gleiches Kernladungsgewicht, und so nehmen sie auch in dem von K. Fajahn modifizierten periodischen System den gleichen Platz ein.

Wenn nun weiterhin ihre Kernladung auch gleich ist. kann doch die Zusammensetzung ihrer Kerne verschieden sein, was sich tatsächlich auch dann erweist, wenn reine Kerneigenschaften in Betracht kommen, ein Umstand, der z. B. eine verschiedene Radioaktivität bedingt.

Fritz Schaefer (Breslau).

Kuznitzky. E. Zur Thorium X-Behandlung bei Dermatosen. Deutsche med. Woch. Nr. 11. 1916.

In Bezug auf die exakte Dosierung der Thorium X-Lösung weist Kuznitzky darauf hin, daß zuvörderst festgestellt werden müsse, wieviel elektrostatische Einheiten auf die erkrankte Hautfläche zu applizieren seien und wie oft die Einwirkung wiederholt werden könne oder solle. Ebenso wie Jadassohn und Nagelschmidt sah Verf. von der Thorium X-Behandlung meist günstige, den Röntgenresultaten etwa gleiche Heilerfolge. Nur bei dem Naevus flammeus konnte Verf. keine besonders günstige Wirkung, dagegen lange anhaltende, im Gesicht lästige Pigmentationen beobachten. Um das Thorium-X genau auf die Ränder der Affektion zu beschränken, eignete sich am besten die Lösung in Propylalkohol, welche die Auergesellschaft auf Anordnung des Verf. herstellte.

Max Joseph (Berlin).

Polland, R. Das Teerpräparat „Cadogel". Med. Klinik. 1916. 828.

Kann bei Prurigo, Pruritus nervosus, Psoriasis, Trichophytien, Lichen ruber, Psorospermosis, Ekzem angewandt werden. Hugo Hecht (Prag).

Büllmann. Über Behandlung der Verbrennungen I. und II. Grades mit Klebeflüssigkeiten. Med. Klinik. 1916. 824.

Zur Beruhigung des Kranken gibt B. zuerst Morphium. Dann wird die Umgebung der Verbrennung mit Benzin gereinigt, hierauf die Verbrennung selbst, ohne Blasen zu eröffnen. Nun wird mittels eines Pinsels die Klebeflüssig-

keit (Mastix, Mastisol, Cutitekt, Cutifix, Rezidol usw.) aufgetragen. Nach einiger Zeit des Antrocknens kommen dicke Schichten sterilen Mulls darauf, dann Verband, der bis zu acht Tagen liegen bleibt. Verbrennungen I. Grades werden dann meist geheilt sein. Vorteile: fast Schmerzlosigkeit und Ersparnis an Verbandstoffen. Hugo Hecht (Prag).

Linser. Über die konservative Behandlung der Varizen. Med. Klinik. 1916. 897.

Einspritzung einer 1% Sublimatlösung in die Vene hat in Kürze schmerzlose Thrombose zur Folge; die Erfahrungen, an mehr als 500 Kranken, die mit ungefähr 2000 Einspritzungen behandelt wurden, empfehlen diese Methode sehr. Hugo Hecht (Prag).

Odstrčil. „Perkagiyzerin Winkel" als Glyzerinersatz in der Dermatologie. Med. Kl. 1916. 927.

Ein ausgezeichnetes Ersatzmittel für Glyzerin, das das Glyzerin in mancher Hinsicht an Wirksamkeit übertrifft. Hugo Hecht (Prag).

Mayer, Paul. Über therapeutische Erfahrungen mit „Perkaglyzerin Winkel". Medizin. Klinik. 1916. 900.

Als rektales Abführmittel, auch in Form von Stuhlzäpfchen, sowie innerlich genommen, gut verwendbar. In 10% Lösung wirkt es antidiarrhoisch!

Hugo Hecht (Prag).

Spiegel. Zur Frage der Wundbehandlung, insbesondere der Überhäutung großer Wundflächen. Med. Klinik. 1916. Nr. 35 und 36.

8% Scharlachrotsalbe, 2% Pellidolsalbe und Wintersche Combustinsalbe werden in Verbindung mit Seifen- oder Salzbädern, trockener Wärme, Lichtbügel und Heißluft angewendet. Es gelingt so, selbst sehr große Wundflächen ohne Störung der Funktion zur Überhäutung zu bringen. Hugo Hecht (Prag).

Flusser, Emil. Zur Läusefrage, insbesondere über das Karbolineum als Entlausungsmittel. Med. Klinik. 1916. Nr. 16.

Die hölzernen Unterstände können durch Anstrich mit Karbolineum läusefrei gehalten werden. Die einmal entlauste Mannschaft bleibt bei Benützung einer 5% Karbolineum-Seifenwasser-Emulsion zum Einreiben des Körpers und Besprengen der Kleider läusefrei.

Hugo Hecht (Prag).

Häuer. Ein einfaches Mittel zur Behandlung verschiedener Hautkrankheiten, insbesondere der Hautausschläge infolge von Läusen und



Krätze und der daraus sich entwickelnden Unterschenkelgeschwüre Med. Klinik. 1916. Nr. 15.

Statt der üblichen Salbenbehandlung wird eine Trockenpaste (Bolus alba 100, Bals. Peruv. 40. Talcum 80, Liq. alum. acet. 20, Aq. dest. 200) empfohlen. Als Ersatz für Zinkleim dient: Bolus alba 1000, Dextrin 100, Glyzerin 150, Liqu. alum. acet. 100, Aq. dest. q. s. etwa 1000.

Hugo Hecht (Prag).

Spiethoff, Bodo. Eigenserum und Aderlaß-Lehre und Anwendung. Med. Klinik. 1916. Nr. 47, 48.

Im allgemeinen werden jeden zweiten Tag die Mengen eigenen Serums eingespritzt, die sich aus 50—100 *ccm* Blut gewinnen lassen. Bei eingetretenem Erfolg genügen meist zwei Einspritzungen wöchentlich als Fortsetzung der Behandlung. Wiederholte Einspritzungen kleinerer Mengen geben mitunter ebenfalls günstige Resultate. Intravenöse Einspritzung von Eigenblut können zwar auch verwendet werden, S. zieht aber Eigenserum und Aderlaß vor. Als Nebenerscheinungen kommen Fieber, Herdreaktionen, nie aber echte Überempfindlichkeitserscheinungen zur Beobachtung. Gute Erfolge wurden meist bei Urtikaria, Pruritus, akute, fieberhafte, stark juckende Ekzeme, manche Fälle von Lichen ruber planus, Dermatitis herpetiformis Duhring erzielt. Vorübergehende Besserung kann in manchen Fällen von Prurigo Hebrae, Psoriasis, Lichen ruber planus erzielt werden. Ansteckungskrankheiten bieten ein gutes Feld für die Eigenserumbehandlung; doch reagiert nicht jeder Fall günstig. Behandelt wurden oberflächliche und tiefe Trichophytien, Impetigo contagiosa, Erysipel, Erythema nodosum und multiforme, Lupus vulgaris, Lupus erythematodes discoides, Ulcus molle gangraenosum — stets gute Erfolge! — und gonorrhoische Komplikationen. Es ist selbstverständlich, daß eine solche Behandlung auch auf das Blutbild von Einfluß ist. Die roten Blutkörperchen erfahren eine geringe Abnahme, der Hämoglobingehalt aber nicht, die Eosinophilen werden vermindert. Die Erklärungsversuche der Serumwirkung sind mannigfach. Linser und Mayer dachten an eine spezifische Wirkung, Königsfeld sieht selbstgebildete Immunstoffe als das wirksame an. Luithlen nimmt an, daß die Reizbarkeit der Haut auf starke chemische Reizstoffe durch Serumbehandlung stark herabgesetzt wird. Wahrscheinlich handelt es sich um Wirkung zugeführter oder im Körper ausgelöster Antikörper.

Hugo Hecht (Prag).

Magnus, G. Über Wundbehandlung mit Zucker. Therap. Monatsh. 1916. Heft 12. p. 578.

Verf. äußert sich sehr günstig über den Einfluß des Zuckers auf den Ablauf der Wundheilung und hebt hierbei drei Momente hervor: Beeinflussung der alkalischen Fäulnis der Wunde durch die saure Gärung des Zuckers, dessen bakterizide Wirkung und vor allem die Anregung der Sekretion durch starke Osmose. Der Zucker wird als Streuzucker in Substanz ohne jede Vorbereitung verwendet, da er praktisch steril ist. Zusätze wie Borsäure, Salizylsäure u. dgl. sind nicht nur überflüssig, sondern direkt kontraindiziert, da sie den biologischen Vorgang der sauren Gärung hemmend beeinflussen. Die Wundflächen werden in dicker Lage mit Zucker bedeckt und darüber ein trockener Verband angelegt, der wegen der starken Durchnässung der Verbandstoffe täglich gewechselt werden muß. Ist das Stadium der Reinigung erreicht, so wird die Zuckerbehandlung abgebrochen und durch Salbenverbände ersetzt, gegebenenfalls eine Transplantation vorgenommen.

Sigismund Bochyński (Würzburg).

Stone, H. B. Alkoholinjektionen gegen Pruritus ani. Bull. of John Hopkins Hospital. 1916. August. Ref.: The Journal of the American Medical Association. 1916. August 26. p. 703.

Stone, veranlaßt durch den Erfolg der Alkoholinjektionen bei Gesichtsneuralgien, hat diese Methode bei 17 Fällen von Pruritus ani angewendet. Die Nadel wird vertikal durch die Haut gestoßen und dann scharf geneigt, so daß sie parallel der Hautoberfläche zu liegen kommt. Die Erfolge der unter allgemeiner oder lokaler Anästhesie vorgenommenen Behandlung waren gute.

Fritz Juliusberg (Posen).

Merian, L. Saurol, ein schweizerisches Ichthyol. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte. 1916. p. 1614.

Merian empfiehlt als Ersatz für Ichthyol und Tumenol das schweizerische Präparat Saurol, das 2—3mal billiger sei als die ausländischen Präparate. Das Saurol wird im Tessin in der Nähe des Luganersees gewonnen. Es hat sich dem Verf. bei verschiedenen Hautkrankheiten und anderen Affektionen gut bewährt und soll auch intern ohne Störungen vertragen werden. Winkler (Luzern).

Merian, L. Die harten Röntgenstrahlen in der Dermatologie. Korresp.-Bl. f. Schw. Ärzte. 1916. p. 1616.

Verf. empfiehlt für gewisse Dermatosen die Behandlung mit harten Röntgenstrahlen, wie sie z. B. in der Gynäkologie Verwendung finden. Die Strahlen werden mittels 3 *mm* Aluminium-Filter auf den genügenden Härtegrad gebracht. Gute Erfolge will er damit bei Nagelekzem,

Hypertrichosis, Sycosis non parasitaria, Mycosis fung. etc. erzielt haben. Max Winkler (Luzern).

Zweig. Die Behandlung der Furunkulose und der allgemeinen Pyodermie mit dem Staphylokokkenvakzin „Opsonogen". Deutsche med. Woch. 29. 1917.

Verf. erweiterte seine schon 1913 veröffentlichten Erfahrungen der zahlreichen Erkrankungen von Furunkulose und Pyodermie während dieses Krieges. Er gewann den Eindruck, daß die rein äußerliche Behandlung nur sehr allmählich zum Ziele führt und durch die Vakzination der Heilungsprozeß ganz wesentlich abgekürzt wird. Die gute Einwirkung erfolgt schon nach den ersten Injektionen und wird durch heiße Schwefelbäder und Bestrahlungen mit der Höhensonne unterstützt. Zur Nachbehandlung empfiehlt er eine 2% Pellidolsalbe, welche bald zur Überhäutung führt. Man beginnt mit 50 Millionen und steigt nach einigen Tagen auf 100 Millionen. Nach mehreren Injektionen geht man, falls noch kein Erfolg eingetreten ist, zu 500 Millionen, um auch diese Injektion mehrfach zu geben.

Max Joseph (Berlin).

Cholewa, Josef. Über die Anwendung von Dispargen bei Erysipel. Deutsche med. Woch. Nr. 50. 1916.

Das von Cholewa empfohlene Dispargen ist ein Metallkolloidpräparat und vorzüglich heilkräftig bei septisch infektiösen Prozessen. Bei Erysipel erzielte das Mittel gute Heilwirkungen, besonders wenn es frühzeitig, sogleich nach dem Erscheinen von Fieber und Rötung, verabreicht wurde. Verf. empfiehlt als Anfangsdosis 5 *ccm*, doch erwiesen sich auch Dosen von 30 bis 40 *ccm* 2% Lösung pro die als unschädlich. Die Einverleibung geschah am besten als intravenöse Injektion. Man messe zweistündlich die Temperatur und schreite bei neuer Temperatursteigerung zu einer weitern Injektion. Max Joseph (Berlin).

Göppert, F. Therapeutische Vorschläge aus dem Gebiete der Kinderheilkunde. Ther. Monatsh. 1917. Heft 2. p. 69.

Der zweite Teil der Arbeit ist betitelt: „Zur Behandlung des nässenden Gesichtsausschlages der Säuglinge". G. empfiehlt bei starkem Nässen der entzündeten Haut einen feuchten Verband mit essigsaurer Tonerde, für die Nacht eine Salbe mit 10% Liqu. Alum. acet. Am wirkungsvollsten fand er eine Kombination von beiden, indem der Salbenverband mit essigsaurer Tonerde (1 Eßlöffel auf 1 Glas Wasser) angefeuchtet und durch Guttapercha ein Luftabschluß geschaffen wurde. Für diejenigen, die die Salben-



maskenbehandlung umgehen wollen, schlägt G. vor, folgendes zu versuchen: Die nässende Fläche wird mit einer Lage Gaze bedeckt und letztere tropfenweise mit der käuflichen (oder mit 1—2 Teilen Wasser verdünnten) Suprareninlösung benetzt, bis Rötung, Blutung und Nässen, wenn auch nur für einen Augenblick, verschwunden sind. Das Verfahren kann 3—5mal täglich wiederholt werden. Statt dessen kann man auch eine Salbe mit 25% Sol. Suprarenini synthet. dünn auftragen. Für die Nacht zur Vermeidung von Krustenbildung Verband mit essigsaurer Tonerde. Nur selten tritt geringe Zuckerausscheidung auf, die jedoch belanglos ist. Sigismund Bochyński (Würzburg).

Liek. Die Behandlung schlechtheilender Wunden mit Druckverbänden. Deutsche med. Woch. Nr. 4. 1917.

Bei vielen Wunden, welche weder durch Fremdkörper noch durch das Bestehen innerer Krankheiten kompliziert waren, konnte Liek dennoch eine eigentümlich langsame Heilung beobachten, besonders bei der Lokalisation an Bein und Fuß. Diese Wunden behielten entweder ihre ursprüngliche Größe oder die Narben brachen wieder auf. In solchen Fällen versuchte Verf. mit ausgezeichnetem Erfolge Druckverbände: Nach Reinigung der Wunde Dermatol, Mull mit Borsalbe, einige Lagen Zellstoff, endlich die komprimierende Trikotschlauchbinde in gleichmäßig sich deckenden Touren. Max Joseph (Berlin).

Curschmann, F. Zur Frage des Ersatzes ausländischer Öle in Heilmitteln. Deutsche med. Woch. Nr. 4. 1917.

Perubalsam sowie Rizinusöl sind durch den Krieg schwer erhältlich geworden. Zu ihrem Ersatze empfiehlt Curschmann Peruol, zu dessen Lösungsmittel Vaselinöl benutzt wird. Das Peruol-Vaselinöl erwies sich haltbar und unveränderlich, rief keine Reizung oder sonstige Schädlichkeiten hervor und ließ sich leicht und sauber in die Haut einreiben. Als Krätzemittel bewährte sich das in Vaselinöl gelöste Peruskabin vorzüglich. Gute Ergebnisse zeitigten auch Versuche mit Resorbin, in dem Mandelöl durch Vaselinöl ersetzt war. Max Joseph (Berlin).

Galewsky. Cignolin, ein synthetisches deutsches Chrysarobin und Laneps, eine neue Salbengrundlage. Deutsche med. Woch. Nr. 8. 1917.

Das von Galewsky als Ersatz für Chrysarobin empfohlene Cignolin wird am besten in Benzol gelöst oder in Salbenform mit Laneps als Grundlage angewendet. Das neue Präparat wirkt stärker als Chrysarobin und tat bei



Pityriasis, Eczema marginatum, Psoriasis etc. gute Dienste. Das Laneps ist eine indifferente, gelbliche, geruchlose Salbe von hoher Viskosität, welche bis zu 40% Wasser aufnimmt, inkorporierte Medikamente leicht an die Haut abgibt und als Deckverband oder Kühlsalbe bei Erwachsenen und Kindern ohne Reizung angewendet werden kann. In Zusammensetzung mit Salizylschwefel, Salizylbor und als Krätzesalbe ließ sich das Cignolin gut verarbeiten.

Max Joseph (Berlin).

Obermiller. Die Vlemingkxsche Lösung als gutes Krätze- und Läusemittel. Deutsche medizin. Woch. Nr. 8. 1917.

Obermiller macht im Hinblick auf die im Kriege häufiger auftretende Krätze auf ein altbewährtes Krätzemittel, die Vlemingkxsche Lösung, aufmerksam. Dieselbe wurde auch gegen Läuse neben der Desinfektion durch trockene Hitze mit Erfolg angewendet.

Max Joseph (Berlin).

Voigt, J. Die Erfahrungen mit Providoform (Tribromnaphthol) Bechhold. Ther. Monatsh. 1917. H. 3. p. 104.

Empfehlung der 5% Providoformtinktur an Stelle der gleichstarken Jodtinktur und des Providoformstreupulvers an Stelle der jodhaltigen Pulver. Bei tiefen Weichteilwunden hat Verf. mit Providoformöl äußerst günstige Resultate erzielt. Sigismund Bochyński (Würzburg).

Bronner, Aug. Über Leukogen. Deutsche medizin. Woch. Nr. 13. 1917.

Bei Furunkulose, Akne und Hydradenitis axillaris erzielte Bronner gute Resultate mit dem Staphylokokkenpräparat Leukogen, doch rät er zur Erzielung eines Dauererfolges die Injektionen 1½ bis 2 Monate fortzusetzen und daneben auf Diät, Darmtätigkeit etc. zu achten, sowie die alten Behandlungsmethoden gleichzeitig zu verwerten.

Max Joseph (Berlin).

Hoffmann, Erich. Über Solarson, Staphylokokkenvakzine und Röntgenbehandlung der Acne vulgaris. Deutsche med. Woch. Nr. 13. 1917.

Das Solarson, ein in Wasser lösliches organisches Arsenpräparat, wurde von Hoffmann sowohl bei inneren Leiden wie bei Dermatosen mit guten Erfolgen und ohne schädliche Nebenwirkungen angewandt. Wo eine schwächere Arsenwirkung genügt, wie bei Chlorose, Akne, Skrofulose etc. wurde 1 *ccm* der Lösung 12 Tage lang gegeben, dann 8—10 Tage pausiert und der Turnus wiederholt. Ist stärkere Wirkung erwünscht, so gebe man die Einspritzun-



gen 24—30 Tage hintereinander und steige nach 10 Tagen auf 2 *ccm*, nach weiteren 10 Tagen auf 3 *ccm*, welche aber nur jeden 2. Tag zu geben sind. Bei Pyodermien-Furunkulose und Schweißdrüsenabszessen empfiehlt Verf. die Staphylokokkenvakzine in intraglutäaler Einspritzung. Opsonogen und Leukogen bewährten sich gut. Bei Acne vulgaris erzielte Röntgenbehandlung mit schwachgefilterten Strahlen gute Erfolge, rechtzeitig angewendet konnte die Bestrahlung die oft lästigen Narben nach schwerer Akne verhüten, besonders wenn bei Neigung zu Abzedierung Vakzine zu Hilfe genommen wurden.

Max Joseph (Berlin).

Hesse, Rud. Über Behandlung impetiginöser Hauterkrankungen mit Sublimatumschlägen. Wiener med. Wochenschr. 1916. Nr. 27.

Die Sublimattherapie bewährte sich bei Geschwüren im vernachlässigtem Zustand sehr gut und kann nach Hesse für impetiginöse Hauterkrankungen bestens empfohlen werden.

Viktor Bandler (Prag).

Cunier. Über die Behandlung des Ulcus cruris. Revue médicale de la Suisse romande. 1917. Nr. 6. pag. 329.

Verf. empfiehlt zur Behandlung des Ulcus cruris auf Grund einer langjährigen Erfahrung die Kompressivverbände mittels einer 7 *m* langen und mindestens 10 *cm* breiten Baumwollbinde. Die Verbände werden morgens und abends frisch angelegt und so stark angezogen, als der Patient vertragen kann. Die anzulegenden Bindentouren werden vom Verf. des näheren beschrieben. Es soll damit ein sicheres Liegen des Verbandes garantiert sein. Lokal wird vor Anlegen des Verbandes eine feuchte Kompresse aufgelegt, die mit $^1/_2$‰ Sublimatlösung imprägniert ist. Das Sublimat wird in 0·8% NaCl-Lösung gelöst. In neuerer Zeit verwendet C. auch Glyzerin und Alkohol zu gleichen Teilen. Auch die 1‰ Sublimat-Vaselinsalbe wird empfohlen. Daneben soll nach Verf. auch die Allgemeinbehandlung nicht vernachlässigt werden. Es soll die Zirkulation mittels Herzmitteln, Diuretin, Behebung von mechanischen Hindernissen angeregt werden. Nach erfolgter Heilung müsse dauernd der Kompressivverband jeweilen am Morgen angelegt werden.

Auf diese Weise könne jedes Ulkus dauernd geheilt werden.

Max Winkler (Luzern).

Schwartz, L. Dermographismus als Untersuchungsmethode. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte. 1917. Nr. 26. p. 817.



Schwartz hat mittels eines von ihm ersonnenen Instrumentes, das er Ereuthometer nennt, die Dermographie der Haut studiert. Das Instrument verfolgt den Zweck, mittels eines sich stets gleich bleibenden Reizdruckes eine sichtbare Reaktion der Haut zu erzeugen. Verf. sieht ab von der sog. Urticaria factitia, sondern beschäftigt sich mit der Dermographia alba und rubra, die er als Dermographia peripherica bezeichnet und mit der Dermographia dolorosa oder dem sog. Reflexerythem. Mit dem oben erwähnten Instrument wird ein 5 *cm* langer Strich in 1—1½ Sekunden gezogen. Die Intensität des Erythems hat Verf. mit dem ebenfalls von ihm konstruierten Ereuthoskop gemessen. Mit diesen Instrumenten wurden die Latenzzeit zwischen Reiz und Auftreten der Rötung, die Dauer derselben und die Intensität und Dauer der Rötung bestimmt. Es zeigte sich, daß die kürzere Latenzzeit meist mit größerer Intensität und längerer Dauer der Reaktion gepaart waren. Am besten eignet sich nach Verf. zur Untersuchung die Haut zwischen Klavikulae und 4. Rippen. Die Untersuchungsperson soll erst einige Minuten nach dem Ausziehen des Hemdes untersucht werden, wenn sich der Körper an die Außentemperatur gewöhnt hat. Psychische Einflüsse sollen so viel wie möglich vermieden werden.

Dermographia peripherica alba fand S. bei allen Individuen besonders an den distalen Partien der Extremitäten, ebenso den weißen Strich mit rotem Hof nach einem schmerzhaften Reizstrich. Häufig fand sich die Umkehrung einer roten Reaktion in eine weiße, die entgegengesetzte Reihenfolge war seltener. Die rote Dermographie und das irritative Reflexerythem waren auf Brust und Rücken am intensivsten, an den peripheren Körperpartien sind diese Reaktionen undeutlich.

Die Reaktionen wurden dann ferner geprüft bei Lagewechsel, nach Einnahme einer Mahlzeit, bei thermischen und elektrischen Einwirkungen, nach Intoxikationen mit Nikotin und Koffein, bei psychischen Beeinflussungen. Es zeigte sich die Abhängigkeit der dermographischen Erscheinungen in qualitativer und quantitativer Beziehung von inneren und äußeren Einwirkungen. Ferner war das bisweilen gegensätzliche Verhalten von Dermographia alba und dolorosa zu konstatieren, was Verf. für die Richtigkeit der Müllerschen Hypothese zu sprechen scheint, wonach es sich bei der Dermographia alba peripherica (alba et rubra) um eine Beeinflussung der Hautkapillaren, beim I. R. E. aber um eine spinalreflektorische Entstehung handelt.

Max Winkler (Luzern).



Pedersen, Brun. Erfahrungen mit Krätzebehandlung mit Unguentum hepatis sulfuris. Ugeskrift for Läger. 1917. Nr. 23. p. 909—911.

Verf. hat in der dänischen Armee mit sehr guten Resultaten die Ehlirsche Skabiesbehandlung verwendet; die sogenannte Unguentum hepatis sulfuris ist von nachstehenden Teilen zusammengesetzt:

Adip. lanä.		
Vaselini $\overline{aa}$	225	*g*,
Solut. hepatis sulfuris	375	„
Sulfat. zinc.	28	„
Solut. hydrat. natric. 20% . .	40	„
Benzaldehydi	5	„
Paraffini liquidi q. s. ad . . .	1000	„.

Die Salbe reizt nur sehr wenig. Nur eine einzelne Einreibung in 10 Minuten ist nach vorgehender Seifenkur notwendig. Harald Boas (Kopenhagen).

Ehlers. Erfahrungen über Krätzebehandlung mit Unguentum hepatis sulfuris. Ugeskrift for Läger. 1917. Nr. 25. p. 1005—1007.

E. empfiehlt besonders seine Behandlung als ambulante Krätzekur. Harald Boas (Kopenhagen).

Heubner, O. Über balneologisch-klimatische Kuren beim Kinde. Therap. Monatsh. 1917. H. 6. p. 233.

Unter den verschiedenen Indikationen seien im Referat besonders die auch den Dermatologen interessierenden Tuberkulose und Lues congenita erwähnt. Was die erste Krankheit anbetrifft, so kommen für balneologisch-klimatische Behandlung in erster Linie die sog. Prophylaktiker (schwächliche, blasse, hagere Kinder tuberkulöser Abstammung mit flachem Thorax, aber ohne nachweisbare und ohne Verdacht auf latente Tuberkulose) und Verdächtigen in Betracht. Für die Prophylaktiker empfiehlt H. das Hochgebirge (1500 *m* und darüber), besonders Orte wie St. Moritz, Davos und Arosa (da in den deutschen und österreichischen Hochalpengebieten geeignete Kindersanatorien fehlen). Wenn die Mittel hierzu nicht vorhanden sind, dann wenigstens Landaufenthalt. Für die Verdächtigen empfiehlt der Autor neben Hochgebirgskurorten, an denen die Kinder einer verständigen Tuberkulinkur unterworfen werden können, wie Davos (Turban), langdauernden Aufenthalt in hochgelegenen Waldsanatorien, wie Albrechtsberg im sächsischen Erzgebirge, Schönbuch bei Böblingen, ferner auch die Seeküstenbehandlung. Solbäder kommen vor allem bei offenbarer Tuberkulose in Betracht. Sie wirken sehr günstig auf die sog. skrofulösen Erscheinungen, weniger deut-

lich auf das Grundleiden selbst. Für die erethische Form der Tuberkulose sind sie aber kaum zu empfehlen, da die schon ohnehin an Anorexie leidenden Kinder meist noch appetitloser werden. Heilung geschlossener Tb. wird nach Verfassers Ansicht durch langen Aufenthalt in Seehospizen gewährleistet (Schepelern in Refnäs). Für offene Tb. kommt in allererster Linie die Sonnenlichtbehandlung im Hochgebirge in Frage (Rolliers Kuren in Leysin).

Was die Lues congenita anbetrifft, so bezeichnet H. die balneologische Behandlung als eine wirksame Unterstützung der spezifischen Therapie, besonders für die Erscheinungen der sog. Lues tarda. Hier werden vor allem die jodhaltigen, trinkbaren Salzquellen empfohlen, wie Tölz in Oberbayern und Hall in Oberösterreich.

Sigismund Bochyński (Würzburg).

Schäffer. Boluphen, ein neues Wundstreupulver bei der Behandlung von Haut- und venerischen Krankheiten. Therapie d. Gegenw. 1917. Heft 8. pag. 291.

Das Mittel, ein Kondensationsprodukt von Formaldehyd und Phenol (Vial & Uhlmann, Frankfurt a. M.) hat sich bei Ulcus molle, Herpes genitalis, Condyloma acuminatum, Balanitis gut bewährt, besonders aber in Form von Pasten, Schüttelmixturen bei verschiedenen Ekzemformen, Herpes zoster, Erosionen, Wunden und Ulzerationen, sowie als Boluphenbrei (mit 3% Borsäurelösung) zur Behandlung entzündlicher Schleimhautprozesse.

Walther Pick (Wien).

Marcuse. Zur Organtherapie urosexueller und dermosexueller Störungen. Ther. d. Gegenw. 1917. H. 5. p. 170.

Marcuse empfiehlt das Extrakte von Hoden, Samenblasen und Prostata, respektive Corpus luteum und Mamma, neben Leber, Hypophysis. Pankreas und Schilddrüse enthaltende Hormin, welches ihm in einigen Fällen ganz ausgezeichnete Resultate ergeben hat. Allerdings bleiben auch Mißerfolge nicht aus. Das Mittel wird in Form von Tabletten, Suppositorien oder Injektionen verwendet.

Walther Pick (Wien).

Aron, Hans. Die Behandlung der Impetigo contagiosa, impetiginöser und anderer Ekzeme mit Trockenpinselungen. Berl. klin. Woch. Nr. 33. 13./VIII. 1917. p. 801.

An Stelle von Salben- und Heftpflasterverbänden, deren Verwendung besonders jetzt im Kriege auf Schwierigkeiten stößt, werden Trockenpinselungen (am besten als

Zinnober-Schwefel-, bzw. milder als Zink-Schwefeltrockenpinselung) empfohlen. Als Glyzerinersatz Perkaglyzerin.

Krakauer (Breslau).

Jadassohn. Emetin und Psoriasis. Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte. 1917. Nr. 36. p. 1170.

Bezugnehmend auf die Mitteilung von Paravicini in Nr. 24 des Korr.-Bl. f. Schw. Ärzte, p. 772. hat Jadassohn 4 mittelschwere Fälle von Psoriasis mit intraglutäalen Injektionen von Emetinum hydrochloricum behandelt — die Gesamtdosen betrugen 0·68, 0·7, 0·66 und 0·18 — ohne daß bei diesen Fällen ein Erfolg eingetreten wäre. Da das Medikament teuer und schwer erhältlich sein soll, wurden die Versuche abgebrochen. Verf. zweifelt daran, daß man mit dieser Medikation besondere Erfolge erzielen könne.

Max Winkler (Luzern).

Klingmüller. Über Behandlung von Entzündungen und Eiterungen durch Terpentineinspritzungen. Deutsche med. Woch. Nr. 41. 1917.

Nach den zahlreichen Erfahrungen Klingmüllers ist die Heilwirkung des Terpentins nicht nur auf Pilzerkrankungen beschränkt, sondern auch bei Eiterungen und Entzündungen verschiedensten Ursprungs festzustellen. Bei etwa 1000 Patienten wurde Terpentin in Verdünnung mit Öl subkutan oder intramuskulär injiziert, danach ein halber Tag Bettruhe verordnet. Außer der gewöhnlichen vorübergehenden Entzündung an der Injektionsstelle wurden keine schädlichen Nebenwirkungen beobachtet. Wenngleich eine direkte Abtötung der Gonokokken durch Terpentin nicht stattfand, so verminderte das Mittel doch den Ausfluß sowohl bei Gonorrhoe wie bei postgonorrhoischen und nichtgonorrhoischen Urethritiden. Unter Hautkrankheiten wurden durch Terpentin günstig beeinflußt Furunkulose, Follikulitis barbae, verschiedene Ekzemformen, Pityriasis rosea, Lichen ruber, Impetigo contag., Lupus erythemat., auch Eiterungen der Blase und des Nierenbeckens gingen unter Terpentininjektionen zurück.

Max Joseph (Berlin).

Krausse. Über Mittel gegen Mücken und Zecken. Zentralbl. f. Bakt. etc. Bd. LXXX. p. 271.

Empfehlung von Äthrol das $^1/_2$—1 Stunde wirkt.

Walther Pick (Wien).

Kaznelson, P. Die Proteinkörpertherapie. Ther. Monatsh. 1917. H. 11. p. 437.

Verf. ist der Ansicht, daß die Erfolge der Behandlung mit Vakzinen nicht auf rein spezifische Wirkungen zu beziehen sind, sondern vielfach nur das Resultat einer Er-

höhung der Vitalität der Lebenssubstanz, einer „Protoplasmaaktivierung“ durch parenterale Einverleibung von Proteinen darstellen, wobei es ziemlich gleichgültig ist, welches Protein injiziert wird. So soll z. B. A. Mayer in 77% der Fälle von beginnender Tbc. pulmonum eine Herdreaktion nach Injektion von Typhusvakzine beobachtet haben. Verf. selbst hat vergleichende Untersuchungen mit Injektionen von Milch und A.-T. vorgenommen und in den meisten Fällen übereinstimmende Resultate erzielt. Die Auslegung einer positiven Herdreaktion psoriatischer Effloreszenzen nach Injektion von Tuberkulomuzin im Sinne einer tuberkulösen Ätiologie der Psoriasis wird mit Recht zurückgewiesen. Die Proteinkörpertherapie hat bei den verschiedensten Krankheiten günstige Resultate gezeitigt. Hier seien nur die Erfolge der Milchinjektionen bei Bubonen im Gefolge von Ulcus molle, bei gonorrhoischen Komplikationen und bei Herpes zoster erwähnt, ferner sei auf die guten Erfolge der kombinierten Behandlung mit Protein und Quecksilber bei Syphilis und Parasyphilis sowie mit zwei Proteinen (z. B. Gonargin und Milch) bei Gonorrhoe hingewiesen. Die styptische Wirkung parenteraler Zufuhr von Protein beruht auf gesteigerter Thrombozymsekretion der Gefäßendothelien, auf Vermehrung des Fibrinogens im Plasma (infolge gesteigerter Funktion der Leberzellen, in denen das Fibrinogen wahrscheinlich entsteht) und auf Vermehrung der Blutplättchen infolge Hyperaktivität der die Blutplättchen abschnürenden Megakaryozyten des Knochenmarks.

Sigismund Bochyński (Würzburg).

Voigt, J. Über die therapeutische Verwendbarkeit des kolloiden Jodsilbers in der Form intravenöser Injektionen. Therap. Monatsh. 1917. H. 11. p. 442.

Günstige Erfolge bei verschiedenen Krankheiten, unter anderem bei einem ausgebreiteten, nässenden Ekzem, das nach Ansicht eines russischen Arztes seine Ursache in einer primären Erkrankung der Lymphdrüsen gehabt haben soll und bereits mit Neosalvarsan vergeblich behandelt worden war (! Ref.). Auch ein Lebertumor, der wegen positiver Wa.-R. auf Syphilis zurückgeführt wurde, ist unter intravenöser Behandlung mit kolloidem Jodsilber kleiner geworden, ohne gänzlich zu verschwinden. Von Nebenerscheinungen erwähnt Verf. Schüttelfrost und einmal epileptiformen Anfall, die jedoch selten zu sein scheinen.

Sigismund Bochyński (Würzburg).



van Rey, M. Einige Bemerkungen zur Arsentherapie. Therap. Monatsh. 1917. H. 11. p. 452.

Der Stoffwechsel besteht aus zwei Phasen, der Assimilation und der Dissimulation. Durch die kleinen Arsendosen werden die Dissimulationsvorgänge gehemmt, durch die großen, die eine leichte Intoxikation zur Folge haben, die Assimilationsvorgänge gestört. Mit ersteren hat R. bei Chlorose (hier nur Einwirkung auf das Allgemeinbefinden, nicht auf den Blutbefund, wozu stets Eisen erforderlich), bei perniziöser und sekundärer Anämie gute Erfolge erzielt; über Arsenbehandlung der Leukämie fehlen dem Autor ausreichende Erfahrungen; Geschwülste scheinen nur auf bereits toxische Dosen, die Gewebszerfall zur Folge haben, zu reagieren. Hypodermatische Applikation wird der peroralen vorgezogen (die intramuskuläre wird gar nicht erwähnt, Ref.). Von den verschiedenen Präparaten rühmt R. am meisten das Solarson (1 *ccm* = 3 *mg* As), weil es bei intensiver und anhaltender Arsenwirkung niemals örtliche Reaktionserscheinungen hervorruft, während Verf. keines von den anorganischen Präparaten bei „empfindlicher Klientel“ wegen zu großer Schmerzhaftigkeit auf die Dauer in Form von subkutanen Injektionen gebrauchen konnte. Sigismund Bochyński (Würzburg).

Glombitza. Laneps, eine synthetische fettähnliche Salbengrundlage. Deutsche med. Woch. Nr. 45. 1917.

Mit Recht weist Glombitza auf die Veränderungen hin, welche die durch den Krieg bewirkte Fettknappheit in der Salbenbehandlung hervorrief: Die Qualität wurde schlechter, der Gebrauch sparsamer, Ersatzmittel oder andere Arzneiformen herangezogen. Verf. ließ, um eine gute Salbengrundlage zu schaffen, dem Lanepsöl durch Wachs und Walrat eine geschmeidige, salbenähnliche Gestalt geben und erzielte eine geruchlose, wasseraufnehmende, haltbare, mit allen Arzneimitteln kombinierbare Salbe, die klinisch reizlos, granulationsbefördernd, von der Haut leicht aufgenommen wird. Verf. gibt ferner mehrere Rezepte, worin z. B. für die Krätzebehandlung zwecks Fettersparnis Salben durch Lösungen ersetzt werden.

Max Joseph (Berlin).

Jaeger, F. Über eine neue Salbengrundlage „Laneps“ und deren Verwendung in der Säuglingspflege. Ther. Monatsh. 1917. H. 10, p. 418.

Empfehlung von Laneps. Nichts neues.

Sigismund Bochyński (Würzburg).



Baer, Th. Erfahrungen mit der neuen Salbengrundlage „Laneps". Ther. Monatsh. 1917. H. 3. p. 106.

Laneps wird synthetisch dargestellt aus hochmolekularen, kondensierten Kohlenwasserstoffen unter Zusatz von geringen Mengen hochschmelzender fettähnlicher Stoffe. Die neue Salbengrundlage hat alle Eigenschaften der bekannten Fette, ist reizlos uud lange haltbar.

Sigismuud Bochyński (Würzburg).

Schmidt, H. E. Uber die zur Epilation erforderliche Röntgenstrahlendosis.

Meyer, F. M. Die Röntgenepilationsdosis in ihrer praktischen Bedeutung. Med. Kl. 1916. Nr. 23.

Polemik. Hugo Hecht (Prag).

Christen, Th. Ersatz für Sonnenlicht. Deutsche med. Woch. Nr. 50. 1917.

Die eingehenden Forschungen Christens ergaben, daß eine tausendkerzige Metallfadenlampe in 20 *cm* Entfernung die Strahlenintensität der Hochgebirgssonne an hellen Tagen erreicht. Das ebenfalls notwendige, aber der Sonne gleichstehende Spektrum wurde durch Glastechnik hergestellt, ebenso gelang es, ein Glas zu konstruieren, dessen Durchlässigkeit der Durchlässigkeit der Atmosphäre in erforderlicher Weise gleicht. Die hier beschriebene Strahlenquelle ermöglichte ein Lichtbad, welches sich nicht vom Bergsonnenbad unterschied. Der vor Wind und Regen geschützte Patient lag ohne zu frieren nackt in freier Luft, die Schweißverdunstung war, im Gegensatz zu Kastenlichtbädern, unbehindert, der Anteil an ultravioletter Strahlung ermöglichte eine den natürlichen Verhältnissen entsprechende Dosierung. Vor dem natürlichen Sonnenbad, das vom Wetter abhängt, hat dies Strahlenbad den Vorzug steter Bereitschaft. Natürlich muß Patient und Wartepersonal die Augen mittels dunklem Vorhang oder Brillen schützen. Max Joseph (Berlin).

Sokolow, P. Erfahrungen über die Behandlung mit Quarzlicht („Künstliche Höhensonne"). Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte. 1917. Nr. 21. p. 673.

Verf. hat Fälle von Ekzem, Intertrigo, Acne rosacea, Pruritus, Asthma bronchiale, Pleuritis sicca, Rheumatismus articolorum, Ischias, Neurasthenie mit der „künstlichen Höhensonne" behandelt, ohne gerade sehr ermutigende Erfolge zu erzielen, soviel die Kleinheit des Materials bindende Schlüsse gestattet. Am besten schienen ein Fall von Asthma und Pleuritis sicca zu reagieren. Ferner einzelne Fälle von Ekzem, Acne rosacea und Furunkulosis. Bei Acne rosacea muß eine entzündliche Reaktion erzeugt



werden, die nachher wie bei der Schälkur zur Desquamation führt. Refraktär verhielten sich Intertrigo, Pruritus senilis, Ichias und Rheumatismus, während bei Neurasthenie und gewöhnlichem Pruritus noch leichte Besserungen zu konstatieren waren.

Die Bestrahlung wurde gewöhnlich in 150—100 *cm* Entfernung gemacht und jede Körperseite je 5 Minuten bestrahlt. Ganz allmählich wurde dann die Bestrahlungszeit verlängert bis zu 20 Minuten.

Max Winkler (Luzern).

Steiger, M. Physikalische Notizen über Entstehung und Natur der Röntgenstrahlen. Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte. 1917. Nr. 27. p. 860.

Verf. entwickelt die neuesten Theorien über die Natur und Entstehung der Röntgenstrahlen, ohne etwas selbst Erforschtes beizufügen. Der Artikel ist belehrend und rasch orientierend. Max Winkler (Luzern).

Axmann. Universalreflektor für Lichtbestrahlung. Deutsche med. Woch. Nr. 17. 1917.

Als praktisch und vielseitig brauchbar, besonders auch bei der Massenbehandlung Verwundeter, erprobte Axmann einen Apparat, der von primatischer Form als Reflektor für die verschiedensten Strahlenrichtungen diente. Der Reflektor stellt sowohl ein Schutzgehäuse für Arzt und Patienten als auch eine bedeutende Verstärkung der Strahlenwirkung dar und ist in der Arbeit durch Zeichnungen veranschaulicht. Max Joseph (Berlin).

Schütze, J. Idiosynkrasie der Haut gegen Röntgenstrahlen. Deutsche med. Woch. Nr. 13. 1917.

Um zur Ausschaltung von Röntgenschädigungen eine genaue Dosierung der Strahlen zu ermöglichen, erprobte Schütze als zweckmäßigen Apparat den Intensimeter nach Fürstenau. In wenigen Sekunden läßt sich mit diesem unter den erwünschten Bedingungen der Durchleuchtung die Anzahl der F feststellen und wieviele hievon die Haut verträgt, ist aus einer nach vielen Versuchen aufgestellten Intensimetertabelle ersichtlich. Daneben empfiehlt Verf. als unumgänglich zur Vermeidung von Schädigungen den Gebrauch eines Filters, besonders wenn mit dem Hochspannungsgleichrichter gearbeitet wird.

Max Joseph (Berlin).

Kovács, J. Über den therapeutischen Wert der Ultraviolettstrahlen. Ther. Monatsh. 1917. H. 3. p. 93.

Die lokale Einwirkung der Ultraviolettstrahlen hat Gefäßerweiterung und Pigmentierung zur Folge und be-



einflußt direkt und reflektorisch die Nerven. Dadurch erfolgt Sensibilisierung der Haut, Mobilisierung ihrer Immunstoffe, Dekongestionierung der tiefer gelegenen Organe und günstige Einwirkung auf Nerven und Psyche. Der durch die roten Blutkörperchen absorbierten und ins Körperinnere geschafften Strahlenenergie werden bakterizide Eigenschaften sowie günstige Beeinflussung des Stoffwechsels vindiziert. Intensive Bestrahlung ist bei eiternden Wunden und torpiden Wucherungen, schwache bei gut granulierenden, gereinigten Wundflächen indiziert. Die Kräftigung allzuschwacher Reaktionen kann durch Biersche Stauung, durch gleichzeitige Benutzung der roten Strahlen (Hagemanns Glühlampenring) sowie durch Eosinpinselungen des betreffenden Körperteils bewirkt werden. Bezüglich der Technik gibt Verf. für Lokalbestrahlungen als Anfangsdosis 3—5' bei $1/_2$ *m* Entfernung, als Maximaldosis $1/_2$ *h* bei 10 bis 15 *cm* Entfernung an. Für Allgemeinbestrahlungen nennt K. als Anfangsdosis 5' bei $1^1/_2$ *m* Entfernung, als Maximaldosis $1^1/_2$ *h*, ohne hierbei die Entfernung zu variieren. Die Pausen sollen nicht mehr als 4 Tage betragen.

Sigismund Bochyński (Würzburg).

Schmidt, H. E. Idiosynkrasie der Haut gegen Röntgenstrahlen. Dtsch. med. Woch. Nr. 7. 1917.

Der Patient, welcher Schmidt wegen Röntgenschädigung aufsuchte, hatte infolge einer Magendurchleuchtung ein Ulkus an der Rückenhaut zurückbehalten, das nach langsamster Heilung eine narbig-atrophische, sehr empfindliche Hautpartie hinterließ. Verf. konnte durch Experiment an einer anderen Hautstelle mit Sicherheit feststellen, daß eine sogenannte Idiosynkrasie gegen Röntgenstrahlen nicht bestand. Im Anschluß an diesen Fall und an der Hand der bisher vorliegenden Erfahrungen beweist Verf., daß diese Idiosynkrasie der Haut gegen Röntgenlicht bei normalen Individuen überhaupt nicht vorkomme. Hingegen sei es dringend geboten, durch Gebrauch einer ausdosierten Röhre oder eines Dosimeters Kunstfehlern vorzubeugen. Ist diese Vorsicht versäumt worden, so stelle man durch Applikation einer Erythemdosis auf eine kleine Hautpartie nahe der Schädigung fest, ob die Haut des Pat. wirklich anormal reagiert.

Max Joseph (Berlin).

de Vorgt, J. G. Untersuchungen über die bakterizide Wirkung der ultravioletten Strahlen. Zeitschrift für Hygiene u. Infektionskrankh. Bd. LXXXI. 1. Heft. Februar 1916. p. 63.

Versuche, angestellt mit der Lampe der Firma Heraeus und gemessen durch Bestimmung der Permanganatzahl,





ergaben in Übereinstimmung mit Henry und Cernavodeanu, daß die Bakterizidie auf direkter Wirkung der ultravioletten Strahlen beruht, ohne Vermittlung eines etwa im Wasser gebildeten Stoffes. Krakauer (Breslau).

Collin, Edv. Eine lichtbiologische Beobachtung. Ugeskrift for Läger. 1917. Nr. 7. p. 261—263.

Nach Bestrahlung der Haut mit der Quarzlampe entwickelt sich das Erythem schneller bei höherer als bei niedrigerer Hauttemperatur. Werden gleichzeitig mit der Quarzlampe Glühlampen verwendet, entsteht das Erythem schneller, als wenn nur die Quarzlampe allein die Haut bestrahlt. Harald Boas (Kopenhagen).

Steiger, M. Anwendungsgebiete der Röntgentherapie. Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte. 1917. Nr. 46. p. 1554.

Übersichtsreferat über die Anwendungsmöglichkeit der Röntgenstrahlen. Nichts neues.

Max Winkler (Luzern).

Meyer, Fritz M. Fünfjährige Ergebnisse der filtrierten Röntgenbehandlung der Hautkrankheiten. Deutsche med. Woch. Nr. 33. 1917.

Die Absorption der Röntgenstrahlen ist für den Heilerfolg von höchster Bedeutung. Meyer wirft aber die Frage auf, ob allein die absorbierte Strahlenmenge ausschlaggebend ist oder ob eine kumulative Wirkung entstehen kann einerseits durch die absorbierten Strahlen, andererseits durch den physikalisch-chemisch veränderten Zustand der Zelle, welchen der Durchtritt der Strahlen durchs Gewebe auslöst. Verf. sieht einen wesentlichen Vorteil der harten Strahlen in dem Auseinanderrücken der toxischen und der therapeutisch wirksamen Dosen. Es gelang ihm mit seiner bewährten Methode, die Gefahr einer Atrophie stets zu vermeiden, doch rät er, die Nägel besonders sorgfältig zu schützen. Schwieriger war die Erzielung dauernden Haarausfalls bei der Hypertrichosis: Gut bewährten sich hier 3 Volldosen in einer Sitzung einer durch 4 *mm* Aluminium filtrierten Strahlung, eine zweite Kur nach 6, eine dritte nach 8 Wochen. Bei fraktionierter Behandlung konnte die für die einzelnen Härtegrade bzw. Filter als Erythemdosis feststehende Strahlenmenge oft ohne Schaden überschritten werden.

Max Joseph (Berlin).

Schmidt, H. E. Zur Röntgenbehandlung der Akne. Deutsche med. Woch. Nr. 19. 1917.

Bei der Behandlung der meisten Dermatosen ist Schmidt von der Anwendung der schwach und der stark



filtrierten Strahlen abgekommen und erzielte mit ungefilterten mittelweichen Strahlen z. B. bei Akne gute Erfolge, ohne daß jemals Hautatrophien oder Teleangiektasien auftraten. Zu Epilationen hingegen bewährten sich am besten stark gefilterte Strahlen. Sycosis parasitaria und Favus wurden mit einer Sitzung geheilt, Hypertrichosis erforderte längere Kuren. Zur Dosierung verwirft Verf. die ungenaue Kienböcksche Methode und empfiehlt den Sabouraud-Noiréschen Radiometer oder die Holzknechtsche Skala.
Max Joseph (Berlin).

Wetterer, J. Die hochfiltrierte Strahlung in der Dermatoröntgentherapie. Strahlentherapie. Bd. VIII. p. 100. 1917.

Verfasser, der als einer der ersten die hochgefilterte (3—4 *mm* Al.) Strahlung in der Dermatotherapie angewandt hat, empfiehlt diese besonders bei Hypertrichosis (vierstellige Totalbestrahlung mit je 8 H, die eventuell in 4—5 Wochen zu wiederholen ist), Sycosis simplex und parasitaria (Haarausfall schon nach je 5 H). Weniger empfehlenswert ist die hohe Filtrierung beim chronischen Ekzem und bei der Psoriasis. Bei Acne vulgaris, besonders auch bei der Keloidakne, wird eine in 4 Wochen zu wiederholende Dosis von je 5 H empfohlen. Auch bei Verrucae juveniles ist die hochgefilterte Strahlung der Weichstrahlung vorzuziehen. Das Granulationsgewebe des Lupus vulgaris wird auch in weit höherem Grade von gefilterter Strahlung angegriffen.
F. Schaefer (Breslau).

Steiger, Bern. Ein mit Röntgenstrahlen primär geheiltes Sarkom der Schädelbasis. Strahlentherapie. Bd. VIII. p. 136. 1917.

Technik s. Originalarbeit. F. Schaefer (Breslau).

Gudzent, F. und *Levy*, M. Vergleichende histologische Untersuchungen über die Wirkung von α-, β- und γ-Strahlen. Strahlenther. Bd. VIII. p. 53. 1917.

Am empfindlichsten gegen diese drei Strahlengruppen sind die blutbildenden Organe und zwar werden diese in durchaus gleicher Weise von allen drei Strahlentypen geschädigt. F. Schaefer (Breslau).

Spitzer, L. Über die Methoden der Lupustherapie in der Wiener Lupusheilstätte. Strahlentherapie. Bd. VIII. p. 81. 1917.

Die operativ-plastischen Methoden werden bevorzugt, daneben treten Finsen und andere Behandlungsmaßnahmen, in dazu geeigneten Fällen, wie bei den hypertrophischen, ulzerösen Formen, tritt Röntgen als „souveräne



Hilfsmethode" dazu (Technik vgl. Originalarbeit), daneben werden künstliche Höhensonne und das Kohlenbogenlichtbad (Reyn) verwendet oder eine Kombination einzelner dieser Methoden mit gutem Erfolge angewandt, ein Behandlungsverfahren, wie es ja auch in der Breslauer Lupusabteilung geübt wird. F. Schaefer (Breslau).

Ledermann, P. und *Kuznitzky,* E., Breslau. Über die radiologische Behandlung von Nasenrachengeschwülsten. Strahlentherapie. Bd. VIII. p. 23. 1917.

Verff. empfehlen bei Nasenrachengeschwülsten eine radiotherapeutische Behandlung mit oder ohne vorbereitenden chirurgischen Maßnahmen, ein Verfahren, das sich ihnen in vielen gut- und bösartigen Tumorfällen mehr als die bisher angewandten Methoden bewährt hat. Bei malignen Tumoren wird durch eine kombinierte operative und Radiumbehandlung nicht nur ein symptomatischer sondern auch ein klinischer Dauererfolg gezeitigt. Bei fibromatösen Tumoren erweist sich die hier allein angewandte Radiotherapie der operativen Methode sogar überlegen. Zur Behandlung der Metastasen maligner Tumoren wurde auch die Röntgenbehandlung herangezogen, die sich auch zu einer vorbereitenden Bestrahlung von Rundzellensarkomen eignete. Im allgemeinen wurden aber mehr die radioaktiven Substanzen angewandt. Über die Technik siehe Genaueres in der Originalarbeit. F. Schaefer (Breslau).

Halberstaedter, L. und *Goldstücker,* F. Untersuchungen über die biologische Wirksamkeit der Röntgenstrahlen im Trypanosomenexperiment. Strahlentherapie. Bd VIII. p. 35. 1917.

Trypanosomen werden durch Röntgenstrahlen in der Weise beeinflußt, daß ihre Lebensdauer verkürzt und ihre Fortpflanzungsfähigkeit aufgehoben wird. Bei zu geringer Bestrahlung kommt es beim Angehen der Mäuseinfektion nur zu einer Verlängerung der Inkubationszeit, manchmal sogar zu einer allerdings vorübergehenden Heilung. Sensibilisierende oder Sekundärstrahlen erzeugende Substanzen wie z. B. die Kolloide Elektrokuprol, Elektromartiol, Enzytol etc. verstärken in geeigneter Dosierung die Strahlenwirkung; auch Arsenikalien wie das Salvarsan scheinen unterstützend zu wirken. Filter schwächen die Wirkung ab. F. Schaefer (Breslau).

Schanz, F., Dresden. Höhensonne. Strahlentherapie. Bd. VIII. p. 71. 1917.

Die großen Unterschiede des Sonnen- und Quarzlichtspektrums beruhen auf der Diskontinuität, dem Überwiegen des ultravioletten und Fehlen des langwelligen Teils bei

der letzteren Strahlenart. Daher kann die „künstliche Höhensonne“ die Heliotherapie im Hochgebirge durchaus nicht ersetzen, denn gerade die durch das Überwiegen der kurzwelligsten ultravioletten Strahlung bedingte entzündungserregende Wirkung des Quarzlichtes verhindert das tiefere Eindringen der therapeutisch so gut wirksamen „inneren d. h. etwas langwelligeren ultravioletten Strahlung“. In der Ebene verfügt das Sonnenlicht im Sommer über einen genügenden Grad von ultravioletter Strahlung, zu anderen Jahreszeiten muß man aber das Tageslicht durch künstliche geeignete Lichtquellen wie die offene Bogenlampe mit ultravioletten Strahlen anreichern, deren kurzwelligstes Ende man zweckmäßig durch eine dem Uviolglas ähnliche Glasart abfiltrieren sollte. F. Schaefer (Breslau).

Lüdin, M. Über die Mikuliczsche Krankheit und ihre Behandlung mit Röntgenstrahlen. Strahlentherapie. Bd. VII. p. 360. 1916.

Verf. beschreibt die günstige Beeinflussung der Mikuliczschen Krankheit durch Röntgenstrahlen.
F. Schaefer (Breslau).

Belot, J. Ein Fall von rezidivierendem Sarkom der Kopfhaut, der mit Röntgenstrahlen behandelt und geheilt wurde. Strahlentherapie. Bd. VII. p. 371. 1916.

B. empfiehlt als Therapie der Wahl bei sarkomatösen Tumoren möglichst die chirurgische Exstirpation gefolgt von Röntgenbestrahlungen bzw. Radiotherapie. Bei Tumoren, die für eine Exstirpation nicht in Betracht kommen, kann eine Röntgenbehandlung eine unverhoffte Wirkung, ja sogar eine scheinbare Heilung hervorbringen. Bei postoperativen Rezidiven ist schnellste Einleitung einer Röntgentherapie ev. kombiniert mit einer operativen Behandlung angezeigt.
F. Schaefer (Breslau).

Scwlato, G. Die Finsen- und Röntgentherapie in der Therapie des Lupus vulgaris. Indikationen und Kontraindikationen. Strahlentherapie. Bd. VII. p. 390. 1916.

Verfasser beschreibt eine Reihe von Dauerheilungen schwerster Lupusformen durch alleinige Verwendung von Röntgenstrahlen, denen er eine „absolute Überlegenheit in der Lupustherapie“ zuschreibt, ein Umstand, der durch die größere Tiefenwirkung dieser Strahlen besonders dem Finsenlicht gegenüber erklärlich erscheint. Für eine Finsenbehandlung sollen nur Initialfälle oder kleinere Krankheitsherde reserviert bleiben. Dieses Indikationsgebiet erscheint uns freilich nach unseren auch bei schwersten

Lupusfällen an der Breslauer Klinik mit der Finsentherapie gemachten Erfahrungen zu weit eingeengt.

F. Schaefer (Breslau).

Thedering. Über die Strahlenbehandlung der Rosacea. Strahlentherapie. Bd. VII. p. 448. 1916.

Je nach dem mehr hervortretenden Symptom der Knötchenbildung oder der Gefäßerweiterung ist Röntgenbehandlung (je 5—6mal in 2—3 wöchentlichen Intervallen bei Filtrierung mit $\frac{1}{2}$—1 *mm* Al.-F.) oder Quarzbestrahlung (mindestens je 5 Minuten Weißlicht) anzuwenden. Bei der in den meisten Rosazeafällen vorkommenden Kombination beider Symptome ist nach der Quarz- eine Röntgenbehandlung einzuleiten. F. Schaefer (Breslau).

Hell, F. Die Behandlung der Sycosis vulgaris mit Röntgenstrahlen. Strahlentherapie. Bd. VII. p. 439. 1916.

Nach vorbereitender Behandlung mit erweichenden und desinfizierenden Mitteln empfiehlt Verf. die Methode der Dauerepilation (unter 4 *mm* Al.-F. entweder 30 x und nach 4 Wochen 10 x oder bei stärkeren Entzündungserscheinungen zunächst 20 x und nach 3 und 6 Wochen je 10 bis 20 x bei sorgfältigster Abdeckung) in Kombination mit desinfizierenden Salben. F. Schaefer (Breslau).

Hansen. Klinische Beobachtungen über die Einwirkung der Kohlenlichtbäder auf das Blut der Patienten, die an Lupus vulgaris und chirurgischer Tuberkulose leiden. Strahlentherapie. Bd. VII. p. 105. 1916.

Die Menge des Hämoglobins und entsprechend die der roten Blutkörperchen nimmt unter der Behandlung mit Kohlenbogenlicht um 5—6% zu. Diese Vermehrung ist im Anfange der Kur am stärksten, was auf eine „direkt inzitierende Wirkung" des Lichtes zurückzuführen ist.

F. Schaefer (Breslau).

Jesionek. Richtlinien der modernen Lichtbehandlung. Strahlentherapie. Bd. VII. p. 41. 1916.

J. warnt vor der nur zu oft geübten einseitigen Behandlung des Hautorgans Lupuskranker. Der ganze tuberkulöse Mensch sei vielmehr zu berücksichtigen, wenn man den Lupus wirklich heilen will. Allgemeine Lichtbäder mit natürlicher und künstlicher Sonne leisten dabei gute Dienste.

F. Schaefer (Breslau).

Hoffmann, E. Über die Bedeutung der Strahlenbehandlung in der Dermatologie nebst Bemerkungen über ihre biologische Wirkung. Strahlentherapie. Bd. VII. p. 1. 1916.

H. rühmt die günstige Einwirkung der verschiedenen Strahlenarten insbesondere der allgemeinen Lichtbäder mit der „künstlichen Höhensonne“ auf das Allgemeinbefinden sowie auf die lokalen Krankheitsherde selbst schwerer Formen von Hauttuberkulose. Auch in Kombination mit der Röntgentherapie leistet die Methode Gutes. H. warnt dabei besonders von den unnötig tief penetrierenden (stark gefilterten) Strahlen besonders bei nur ganz oberflächlichen Dermatosen, bei denen er im Gegensatz zu dem in der Breslauer Klinik geübten Verfahren ($^1/_2$ *mm* Al.-F.) überhaupt keine Filtrierung anwendet. Schließlich gibt der Autor die Indikationen für die stärker gefilterten Strahlen sowie für die externe Radium- und Mesothoriumbestrahlung an und empfiehlt die Anwendung der Thorium X-Salben.

F. Schaefer (Breslau).

Belot und *Chavasse*. Die Röntgenbehandlung der Knochen- und Gelenkstuberkulose speziell der tuberkulösen Spina ventosa. Strahlentherapie. Bd. VII. p. 381. 1916.

Nach der klinischen und radiographischen Indikationsstellung wird die Technik der Röntgenbehandlung bei Knochen- und Gelenkstuberkulose beschrieben: möglichst multipolare Eingangspforten mit einer Dosis von 3—5 H im Mittel, bei einer Filtrierung von zunächst 1 später 2—3 *mm* Al.-Filter in 3—4 wöchentlichen Intervallen. Bei dieser Methode heilen die geschlossenen und auch — freilich in etwas längerer Zeit — die offenen Tuberkuloseformen. Bei letzteren warnen die Autoren vor einer erfolglosen Erzwingung der Heilung durch zu rasch aufeinander erfolgende Bestrahlungsserien. F. Schaefer (Breslau).

Ulrichs und *Wagner*, O. Erfahrungen mit der Siemens-Aureollampe. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 18. 1917.

Ulrichs und Wagner verwendeten die Aureollampe bei Haut- und Weichteilwunden, Knochenfisteln, Hauterkrankungen, Rheumatismus, Tuberkulose und Schwächezuständen. Die Heilung wurde stets wesentlich beschleunigt durch die Bestrahlungen. Wo nicht Heilung zu erzielen war, bewirkten die Strahlen doch erhebliche Besserung.

Max Joseph (Berlin).

Heusner. Hans L. Theoretische Bemerkungen zur Heliotherapie. Deutsche med. Woch. Nr. 35. 1917.

Heusners Ausführungen behandeln den Unterschied des künstlichen von dem natürlichen Lichte, den Einfluß des Lichtes auf die pflanzliche und tierische Zelle und auf die dunklere Hautfärbung der Neger. Die Wärme erzeugt



nicht das Pigment sondern die kurzwelligen Strahlen, was z. B. leicht dadurch bewiesen wird, daß der Aufenthalt in einem Treibhause nie Pigmentierung oder Sonnenbrand hervorruft, während die Aureollampe mit ihren zahlreichen ultravioletten Strahlen bald die Haut bräunt. Bei Lampen mit offenem Lichtbogen wird das Pigment noch stärker. Es kommt, so schließt der Verf. aus reichen Erfahrungen, nicht darauf an, die Sonne nachzuahmen. Man möge ihre Wirkung so weit wie möglich ausnutzen und was sie versagt, durch künstliche Strahlenquellen zu ersetzen suchen.

Max Joseph (Berlin).

Merian, L. Die Röntgentherapie der Nagelerkrankungen. Korrespondenzblatt f. Schweizer Ärzte. 1917. Nr. 45. p. 1521.

Es werden vom Verf. einige Fälle von Nagelerkrankung mitgeteilt, die mit sehr gutem Erfolge mit Röntgentiefentherapie beeinflußt wurden. Es wurden eine Filtration mittels 3 *mm* Aluminium und Dosen von 3—8 H angewendet. Verf. empfiehlt hauptsächlich die Onychien, die Tuberkulose, das Ekzem und die Psoriasis der Nägel zur Röntgenbestrahlung.

Max Winkler (Luzern).

Disque. Moderne Lichtbehandlung in der ärztlichen Praxis. Therapie der Gegenw. 1917. p. 356.

Für die Behandlung von Hautkrankheiten eignet sich mehr das Quecksilberquarzlicht, für die Wundbehandlung, Neuralgien, Gicht, Rheumatismus, wie überhaupt für die Behandlung des ganzen Körpers erscheint das Bogenlampenlicht des Scheinwerfers und die Aureollampe wegen des Gehaltes an rötlichgelben Strahlen geeigneter.

Walther Pick (Wien).

Geschlechtskrankheiten.

Syphilis. — Allgemeines, Experimentelles, Diagnostik.

Hahn, M. und *Langer,* H. Über das Verhalten der Immunkörper bei täglich wiederholter Blutentziehung. Zeitschr. f. Immunf. Bd. XXVI. H. 3.

Täglich wiederholte große Aderlässe (von 20 *ccm*) führen beim Kaninchen zu einer großen Steigerung der

Immunagglutinine, bis zum 250.000fachen Wert des Anfangstiters. Der Organismus vermag die im Übermaß produzierten Antikörper nicht dauernd zu halten. Es kann daher nicht erwartet werden, daß es gelingt, die spezifischen Schutzstoffe des Organismus durch unspezifische Reize dauernd zu vermehren. Die Vermehrung der Agglutinine im Blut ist eine durchaus spezifische. Der Reiz des Aderlasses auf die Agglutininvermehrung beruht auf der Volumenverminderung des Blutes; er bleibt aus, wenn diese Verminderung durch Kochsalzinjektion ausgeschaltet wird. Aderlässe von etwa 6 *ccm* haben keinen Einfluß. Eine Vermehrung von spezifischen Hämolysinen und Präziputinen im Blut wurde durch den Aderlaß nicht erreicht. Die Größe der Blutmengen, die notwendig sind, um eine Agglutininsteigerung herbeizuführen, spricht dagegen, daß die günstige therapeutische Wirkung von relativ kleinen Aderlässen bei Infektionskrankheiten mit einer Vermehrung der spezifischen Immunstoffe im Blut in Zusammenhang zu bringen ist. Marg. Stern (Breslau).

Nathan, Ernst. Uber die Zerstörung der Funktion alkoholischer Extrakte bei der Wassermannschen Reaktion durch Kobragift. Zugleich ein Beitrag zur Theorie der Extraktwirkung bei der Wassermannschen Reaktion. Zeitschrift f. Immunitätsforschung. Bd. XXVI. H. 2.

Zu kurzem Referate nicht geeignet.

Marg. Stern (Breslau).

Stilling, E. Über den Einfluß der Seruminaktivierung bei der Wassermannschen Reaktion. Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 11.

Nach den Erfahrungen des Verfassers wird zwar schon durch 5 Minuten langes Inaktivieren die Gefahr unspezifischer Hemmungen annähernd beseitigt aber zugleich festgestellt, daß die Stärke der Reaktion keineswegs immer proportional der Inaktivierungsdauer abnimmt. Es erscheint somit nicht aussichtsvoll, durch eine kürzere Inaktivierungsdauer die Empfindlichkeit und Stärke der Wassermannschen Reaktion zu erhöhen. Für die Praxis ist es nicht empfehlenswert, die Dauer der Seruminaktivierung unter eine halbe Stunde herabzusetzen.

Marg. Stern (Breslau).

Dymling, Otto. Ist die Ambozeptorquantität bei der von Wassermannschen Reaktion gleichgültig? Zeitschr. f. Immunitätsf. Bd. XXV. H. 2.

Zusammenfassung. Die Wirkung von Multiplen der Ambozeptoreinheit tritt in einfachen Hämolyseversuchen

mit reduzierten Komplementmengen als eine Steigerung der Hämolyse auch in den definitiven Resultaten hervor (5% Blutkörperchensuspension). Bei den sog. relativen Hemmungen bei der W.-Reaktion, bei denen das Komplement zu einem großen Teil gebunden ist und ein kleiner Teil für die Hämolyse übrig bleibt, wirken die Multiplen der Ambozeptoreinheit auf entsprechende Weise. Dies dürfte von praktischer Bedeutung sein, da die Reaktion erst bei einem gewissen Grade von Hemmung als positiv gerechnet wird. Marg. Stern (Breslau).

Leschly, W. Versuche über Komplement. III. Die Komplemente verschiedener Tiere. Zeitschr. f. Immunitätsf. Bd. XXV. H. 2.

Schweineserum wirkt, ungespalten, als Komplement gut, enthält gewöhnlich viele Normalambozeptoren, die — im Gegensatz zu anderen bekannten Seren — bei Zusatz von Immunambozeptor die Hämolyse verzögern. Menschenserum vermag auch gut als Komplement zu wirken und diese Wirkung ist von der Ambozeptorenmenge nicht hochgradig abhängig. Im Menschenserum und dessen Fraktionen werden sehr leicht hemmende Funktionen gebildet, das Endstück ist recht schwach, das Mittelstück dagegen ganz gut. Kaninchen- und Hundeserum haben dieselben Ergebnisse wie Menschenserum ergeben, Katzenserum dagegen ähnliche Ergebnisse wie Schweineserum. Alle diese Sera bilden typische Brandsche Modifikationen. Die Sera von Schaf, Rind und Ziege besitzen nur geringe Komplementwirkung, sowohl Endstück- als Mittelstückfunktion ist nur in Spuren vorhanden. Inaktives Rinderserum und in etwas geringerem Maße auch Ziegenserum fördert die Hämolyse mit Meerschweinchenkomplement. Einzelheiten der sehr interessanten Untersuchungen eignen sich nicht für das Referat und sind im Original nachzulesen.

Marg. Stern (Breslau).

Leschly, W. Versuche über Komplement. IV. Die Bedeutung der Wasserstoffionenkonzentration. Zeitschr. f. Immunitätsf. Bd. XXV. H. 3.

Als Referat für diese Zeitschrift nicht geeignet.

Marg. Stern (Breslau).

Hübschmann, P. Das Verhalten der „aktiven" Sera bei der Wassermannschen Reaktion und die antikomplementäre Wirkung alter „aktiver" Sera. Zeitschr. f. Immunitätsf. Bd. XXVI. H. 1.

„Aktive" menschliche Sera erlangen, steril aufbewahrt, in 4—5 Wochen die Fähigkeit, in geringen Mengen ein 0·1 *ccm* Meerschweinchenkomplement enthaltendes hämo-

lytisches System vollkommen unwirksam zu machen. Es handelt sich nicht um Komplementoidverstopfung, sondern um eine direkt das Meerschweinchenkomplement treffende Wirkung; die komplettierende Kraft desselben geht vollkommen verloren, während die mit Ambozeptor beladenen Blutkörperchen des Systems der Einwirkung neuen Komplementes zugängig bleiben. Durch nachträgliche Erwärmung auf 56° wird den Seris die hemmende Wirkung wieder geraubt und sie verhalten sich dann wie sofort inaktivierte. Für die Ausführung der Wassermannschen Reaktion hat die Erscheinung nur insofern Bedeutung, als sie eventuell zur Erklärung des stärkeren positiven Ausfalls bei Verwendung aktiver Sera beitragen kann.

Marg. Stern (Breslau).

Nathan, Ernst. Über den Einfluß verschiedener Serumarten auf die Inaktivierbarkeit des Meerschweinchenkomplements durch Kobragift. Zeitschr. f. Immunitätsf. Bd. XXV. H. 3.

Zum Referat für das Archiv nicht geeignet.

Marg. Stern (Breslau).

Kafka, V. Serologische Studien über die Vorgänge beim Ablauf des Dialysierversuchs nach Abderhalden. Zeitschr. f. Immunitätsf. Bd. XXV. Heft 3.

Schlußsätze praktischer Natur: Es empfiehlt sich bei der Anstellung der Reaktion nach Abderhalden auch die Außenflüssigkeit genau abzumessen und möglichst gleichmäßige Hülsen und Kölbchen zu benutzen. Da einzelne Hülsen eine erhöhte Durchgängigkeit von außen nach innen haben, ohne daß sich dieses durch die bisherigen Eichungsmethoden bemerkbar macht, empfiehlt sich die Prüfung der Hülsen mit einer bestimmten Menge 0·9% NaCl-Lösung als Hülseninhalt, die nach Ablauf des Versuches genau gemessen wird, wobei die gleiche Probe mit verschiedenen Kölbchen wiederholt werden soll. Schlußsätze theoretischer Natur sind im Original nachzulesen.

Marg. Stern (Breslau).

Kämmerer, H. Bemerkungen zu C. Brucks neuesten serochemischen Untersuchungen. Deutsche med. Woch. Nr. 44. 1917.

Nach der neuen Bruckschen Methode werden zu bei 50° eine Stunde lang inaktivierten, mit Wasser verdünnten Sera tropfenweise Milchsäureverdünnungen 1 : 10.000 hinzugefügt und so eine Ausfällung von Eiweißkörpern bewirkt. Kämmerer erörtert ausführlich die einschlägigen Sätze aus der Eiweißchemie. Er glaubt nicht, daß die



Säureverhältnisse und die Globulinfällbarkeit wesentlich für die Wa.-R. seien und weist auf das Ergebnis von Sachs hin, wonach ein nicht syphilitisches Serum durch Säurezusatz nicht Wassermann-positiv zu machen sei.

Max Joseph (Berlin).

Schürmann und *Modde*. Über die neue sero-chemische Reaktion bei Syphilis von Bruck. Ztbl. f. Bakt. Bd. LXXIX. p. 362.

Die Autoren gelangen zu dem Schlusse, daß die Reaktion für eine praktische Verwertung in der jetzigen Form noch nicht in Frage kommt. Walther Pick (Wien).

Sklarek, Bruno und *Levinthal*, Walter. Brucks serochemische Reaktion bei Syphilis. Deutsche med. Woch. Nr. 23. 1917.

Sklarek und Levinthal nahmen eingehende Kontrollversuche betreffend die spezifischen Reaktionen nach Bruck und Wassermann vor und fanden bei 425 Fällen nur in 63·06% Übereinstimmung beider Reaktionen. Auch die Beziehung der Bruckschen Reaktion zu den klinischen Befunden war, wie besonders die Untersuchung der Normalsera ergab, gering. Max Joseph (Berlin).

Auszterveil, Ladislaus und *Kallós*, Josef. Zur serochemischen Reaktion bei Syphilis nach Bruck. Deutsche med. Woch. Nr. 19. 1917.

Nach sorgfältig ausgeführten Untersuchungen fanden Auszterveil und Kallós die Brucksche Reaktion nicht in dem Maße spezifisch für Syphilis wie die Wa.-R. und häufig nicht den klinischen Erscheinungen entsprechend. Unter 93 Fällen stimmten beide Reaktionen nur 37 mal überein. 34 mal war bei positiver Wa.-R. die Brucksche Reaktion negativ, 14 mal entstand das umgekehrte Resultat, 3 Fälle latenter Syphilis reagierten positiv auf Wassermann, negativ auf Bruck. Zu Massenuntersuchungen halten Verff. eher die ebenfalls technisch einfache Perutz-Hermansche Methode für geeignet.

Max Joseph (Berlin).

Funccibirs, Br. Beitrag zur Frage der Verwertbarkeit der Bruckschen sero-chemischen Reaktion bei Syphilis. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 17. p. 406. 23./IV. 1917.

Vergleichende Untersuchungen an 112 Seren ergaben: in 56·25% Übereinstimmung zwischen W.-R. und Bruck, in 34·82% gegenteiliges Ergebnis, der Rest blieb zweifelhaft. In der jetzigen Form bildet die neue Probe also keinen Ersatz. Krakauer (Breslau).



Nathan, Ernst. Über die Brucksche sero-chemische Reaktion bei Syphilis. Berl. klin. Woch. Nr. 25. 18./VI. 1917. p. 601.

300 Sera wurden geprüft und mit der Wa.-R. verglichen; 17·3% reagierten übereinstimmend positiv; 53·7% übereinstimmend negativ; 15·3% nach Wa. —, nach Br. +, 13·4% nach Wa. +, nach Br. —, danach kann man der Bruckschen Reaktion, so beachtenswerte theoretische Ausblicke sich auch ergeben, eine praktisch-diagnostische Verwendbarkeit noch nicht zusprechen.

Krakauer (Breslau).

Gärtner. W. Die Brucksche Globulinfällungsreaktion in den einzelnen Stadien der Syphilis. Zugleich ein Beitrag zum Wesen dieser Reaktion. Berl. kl. Woch. Nr. 25. 18./VI. 1917. p. 603.

2800 Blutuntersuchungen an Luetischen und Nichtluetischen ergaben, daß die Brucksche Reaktion auf praktische Verwendbarkeit zur Zeit keinen Anspruch erheben kann; doch ergaben sich gewisse gesetzmäßige Beobachtungen. In allen frischen unbehandelten Sekundärfällen sowie in Wassermann-negativen Primärfällen gingen Wa.-R. und Br.-R. vollkommen parallel. Bei frühsekundären Rückfallserscheinungen und Lues lat. wurden Verschiedenheiten beobachtet. Nach Gennerich tritt positive Wa.-R. auf durch Zerfall syphilitischer Granulationen mit folgender Resorption von Zellfermenten. Brucksche Reaktion dagegen zeigt Gewebszerfall an auch ohne spezifisch-syphilitische Grundlage. Beobachtungen an Kalomelabszessen legten zuerst diesen Gedanken nahe; solche an erweichten Bubonen, eiternden Fisteln, Ekzemen, Pyodermien, Lungen- und Knochentuberkulose bestätigten sie. Die Reaktion beruht, wie Wa.-R., auf den Globulinen des Serums.

Krakauer (Breslau).

Stümpke, Gustav. Zur Frage der sero-chemischen Reaktion der Syphilis nach Bruck. Berliner klin. Woch. Nr. 25. 18./VI. 1917. p. 605.

159 Fälle wurden geprüft, bzw. mit der Wa.-R. verglichen. Die Zahl der Verschiedenheiten ist, trotz der meist vorhandenen Übereinstimmung, doch so groß, daß der praktische Wert der Br.-Reaktion doch wohl in Frage zu ziehen ist. Bei behandelter oder verdächtiger Lues könnte vielleicht ein feinerer Ausschlag der Br.-Reaktion vorliegen.

Krakauer (Breslau).

Schindler, Karl. Die Ergebnisse mit der neuen Seroreaktion nach Bruck. Deutsche med. Wochensch. Nr. 15. 1917.



Schindler hält die von Bruck angegebene Salpetersäurereaktion nicht für Lues spezifisch. Kontrollversuche mit dieser Methode und der Wa.-R. ergaben unzuverlässige Resultate der Bruckschen Reaktion, bei welcher Tuberkulose und Tumoren stark reagierten.

Max Joseph (Berlin).

Hauptmann, A. Zur Bruckschen „sero-chemischen Reaktion" bei Syphilis. Deutsche med. Woch. Nr. 16. 1917.

Hauptmann hat die Brucksche Eiweißfällungsreaktion bei Syphilis in 114 Fällen nachgeprüft und kam zu dem Schlusse, daß diese Reaktion weder mit der Wa.-R. noch mit den klinischen Erscheinungen übereinstimme und somit für praktische und wissenschaftliche Zwecke nicht zu verwerten sei. Verf. beanstandet die mangelnde Spezifität und die Unmöglichkeit, diese Reaktion frei von subjektiven Schätzungen abzulesen. Dennoch darf nicht verkannt werden, daß die Bruckschen Versuche Anregung zu weiteren Forschungen in der gleichen Richtung geben.

Max Joseph (Berlin).

Poehlmann, A. Die neue sero-chemische Syphilisreaktion von Bruck. Deutsche med. Woch. Nr. 12. 1917.

Bei Nachprüfung der von Bruck empfohlenen neuen, auf Eiweißvermehrung beruhenden Reaktion bei Syphilis kam Poehlmann zu wenig günstigen Resultaten. Die serochemische Reaktion versagte fast völlig bei latenter, aber auch häufig bei manifester Syphilis. In 15% der Fälle waren die Resultate unspezifisch. Dagegen traten auch bei nicht syphilitischen Affektionen starke positive Reaktionen auf. Mit der Wa.-R. war keine Parallele festzustellen. Verf. hält diese Methode daher nicht für empfehlenswert.

Max Joseph (Berlin).

Missona. K. Über den Wert der kutanen Reaktionen von Noguchi bei Syphilis. Przegląd lek. 1917. Nr. 17.

Die Untersuchungen wurden mit Luetin, welches direkt von Noguchi stammte, in verschiedenen Syphilisstadien und bei Gesunden vorgenommen. M. ist streng nach den Vorschriften von Noguchi vorgegangen; Luetin wurde bei Erwachsenen in der Dosis von 0·07 cm^3, bei Kindern 0·05 cm^3 intrakutan eingespritzt. Bei gesunden Individuen entstand nach der Injektion eine urtikarielle Papel, welche nach 3–4 Tagen mit Hinterlassen eines harten Knötchens an der Einspritzungsstelle verschwand. Bei Syphilitikern bildete sich nach 1—2 Tagen ein erhabenes,



stark gerötetes und mit deutlich entzündlichem Halo umgebenes Knötchen. In der Mehrzahl der Fälle ging die stark geschwollene Papel in eine Pustel über, welche in einigen Tagen resorbiert wurde. Der Verf. unterscheidet zwei Varietäten dieser Reaktion; die eine schwächere charakterisiert sich durch Entstehung eines erbsengroßen Knötchens mit leichtem entzündlichem Halo. Bei der zweiten stärkeren Reaktion kommt eine größere Papel, von einem breiten, deutlich entzündlichen Ringe umgeben, zustande. Während im ersteren Falle das Knötchen schnell verschwindet, fängt bei dem zweiten die Regression der Infiltration erst am 7. oder 8. Tage, zuweilen auch mit Durchbruch der erweichten Papel, an. M. hat seine Versuche in 158 Syphilisfällen und in 20 Kontrollfällen, bei welchen Syphilis klinisch und serologisch ausgeschlossen war, durchgeführt. Die Resultate waren folgende: Bei primärer Syphilis 4mal positiv auf 15 untersuchte Fälle, bei Syphilis II 18mal auf 40, bei Syphilis III 61 auf 63, bei latenter Syphilis 14mal auf 23 und 14mal auf 15 Fälle von kongenitaler Syphilis. In allen Kontrollfällen wurde negative Reaktion beobachtet. Da diese Reaktion desto öfter auftritt, je länger die Krankheit im Organismus dauert, meint der Verf., daß sie ein schätzbares diagnostisches Hilfsmittel besonders bei später Syphilis bildet. M. meint auch, daß die negative kutane Reaktion bei gleichzeitiger negativer serologischer Probe vielleicht eine vollständige Ausheilung bedeuten könnte.

Krzysztalowicz (Krakau).

Borberg. Über Luetinreaktion und Jodwirkung. Bibliothek for Läger. 1917. Nr. 4. p. 132 - 148.

In dieser sehr interessanten und wichtigen Arbeit weist B. nach, daß eine große Menge der positiven Luetinreaktionen durch das eingegebene Jodkali hervorgerufen sind. Diese sogenannte „falsche" Luetinreaktion ist klinisch nicht von der echten zu sondern. Die echte Luetinreaktion ist wahrscheinlich sehr selten, kommt möglicherweise gar nicht vor. Harald Boas (Kopenhagen).

Boas, Harald. Über Luetinreaktion und Jodwirkung. Bibliothek for Läger. 1917. Nr. 5. p. 168 - 170.

B. weist nach, daß eine positive Luetinreaktion mehrmals bei tertiären Syphilitikern konstatiert werden kann ohne jede frühere oder gleichzeitige Jodbehandlung, hebt aber im Anschluß an die von Borberg konstatierten Tatsachen hervor, daß eine Luetinreaktion niemals bei jodbehandelten Patienten angestellt werden darf.

(Autoreferat.)



Kißmeyer. Die Luetinreaktion — eine Jodwirkung? Bibliothek for Läger. 1917. Nr. 5. p. 171—174.

Ebenso wie Boas hebt K. hervor, daß eine positive Luetinreaktion auch bei ganz unbehandelten tertiären Syphilitikern vorkommen kann.

Harald Boas (Kopenhagen).

Borberg. Über die Spezifizität der Luetinreaktion. Bibliothek for Läger. 1917. Nr. 5. p. 175—176.

B. bezweifelt die von Boas und Kißmeyer mitgeteilten Tatsachen. und meint, daß eine positive Luetinreaktion nur bedeutet, daß der Patient mit Jod behandelt wird. Harald Boas (Kopenhagen).

Plaut, H. C. Agglutinationstechnik und Wert der Dunkelfeldbeleuchtung beim Studium der Anaërobier. Deutsche med. Woch. Nr. 10. 1917.

Die unangenehme Eigenschaft der Anaërobier durch Zusammenballung in flüssigen Nährmedien die Agglutination zu stören, suchte Plaut folgendermaßen zu verhüten: Zwei Tropfen der Bakterienaufschwemmung werden auf einen Objektträger gebracht, dem einen eine Platinöse mit hochwertigem Immunserum beigefügt, der Objektträger unter ein Lupenstativ gelegt und beide Tropfen verglichen. Das Eintreten der Reaktion wird beschleunigt durch Reiben des Immunserumgemisches mit Platindraht, ebenso wird das Kontrollröhrchen gerieben. Neigt die Bakterienemulsion zum Zusammenballen, so hebt doch das Reiben des Kontrolltröpfchens die Pseudoagglutination auf, während im Immunserumtropfen die echte Agglutination durch das Reiben deutlicher wird. Eine gleiche Wirkung wurde durch die Fränkelsche Methode der Emulsionsherstellung bewirkt. Verf. führt weiterhin aus, daß die Dunkelfeldmethode beim Studium der Anaërobier unentbehrlich sei. Auch warnt er davor, einen Stamm für beweglich zu erklären, wenn man nicht Geißeln im Dunkelfeld gesehen habe oder eine lebhafte Ortsfortbewegung von Bazillen deutlich zu erkennen sei. Max Joseph (Berlin).

Uhlenhuth, P. und *Mulzer.* P. Weitere Beiträge zur experimentellen Syphilis. Berliner klin. Woch. Nr. 27. 2./VII. 1917. p. 645.

Bei 13 Fällen echter Lues latens, lediglich mit Wa.-R. +, ergab Blutverimpfung auf Kaninchen negatives Resultat. Zahlreiche Blutverimpfungen tertiär Syphilitischer mit und ohne Erscheinungen ergaben nur einmal positives Resultat und zwar bei einer Frühtertiären mit Zungengumma. Mit Blut von 4 Primärluetischen und 8 Sekundärluetischen (sämtlich mit Erscheinungen und positiver W.-R.) konnten



bei 6 Fällen Kaninchenhodensyphilom erzeugt werden. 5 Tertiärluetische mit Erscheinungen und stark positiver W.-R. brachten keine Impferfolge. Ebenso negativ blieb Urin-, Speichel- und Schweiß-Verimpfung manifest Sekundärluetischer. Verimpfung spirochätenhaltiger Aufschwemmung (3—6 im Gesichtsfeld) gab noch in Verdünnung 1:10,000 positiven Impferfolg; bei stärkerer Verdünnung verlängert sich die Inkubationszeit und nimmt die Intensität der erzielten Krankheit ab. Bei Blutverimpfung floridsyphilitischer Menschen gelang die Haftung nur bei Einspritzung 1 *ccm* unverdünnter oder 2 *ccm* auf 1:100 verdünnten Blutes. Kaninchenimpfungen ergaben ferner, daß 8 Tage nach der Impfung das Virus nur noch 14 Tage in den inneren Organen nachweisbar war; diese Generalisierung trat ein ohne Erscheinungen an der Impfstelle. Vor Austrocknung geschützte Spirochäten blieben bei 22° im Mittel 30 Stunden beweglich, im Dunkeln sogar 50—60 Stunden; ähnliche Zeiten fanden sich auch bei Aufbewahrung im Eisschrank. P. Wolff konnte an der Straßburger Klinik nachweisen, daß die Sp. p. auch unter ungünstigen Bedingungen noch verhältnismäßig lange lebens- und infektionstüchtig bleibt. Für Blut frisch Syphilitischer wurde Infektiosität noch bis 3 Tage nach Entnahme durch den Tierversuch einwandsfrei nachgewiesen.

Krakauer (Breslau).

Fischer, W. Über Mundamöben und ihre pathologische Bedeutung. Zentralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. Bd. XXVII. Nr. 12. p. 281.

F. hat in Shangai an Chinesen und Europäern u. zw. an gesunden und solchen mit Alveolarpyorrhoe seine Untersuchungen angestellt und kommt zu folgenden Schlüssen: Unabhängig von Zahnkaries kann man sowohl bei sonst gesunden Chinesen als auch bei Europäern in der Mehrzahl der Fälle Amöben vom Typus der Entamoeba buccalis in der Mundhöhle finden; bei Chinesen im allgemeinen häufiger als bei Europäern, was wohl mit der besseren Mundpflege der letzteren in Zusammenhang stehen dürfte, und im Sommer häufiger als im Winter. Bei Alveolarpyorrhoe findet man bei weitem in der Mehrzahl der Fälle ebenfalls die Entamoeba buccalis wie bei Gesunden und an Zahnkaries Leidenden, so daß man sie also nicht ohne weiteres in ätiologische Beziehung zur Alveolarpyorrhoe bringen kann. Die Entamoeba buccalis ist der Ruhramoebe derart ähnlich, daß man beide vorderhand morphologisch in vielen Fällen gar nicht unterscheiden kann. Es steht aber fest, daß man echte Ruhramöben oder deren Zysten



in der Mundhöhle gefunden hat. In diesen Fällen bestand aber kein Parallelismus zwischen dem Amöbenbefund in der Mundhöhle und dem Amöbenbefund im Stuhl.

Sigismund Bochyński (Würzburg).

Reiter. Über die Spirochaete forans. Zentralbl. f. Bakt. Bd. LXXIX. p. 176.

Reiter konnte bei einer mit schwersten Gelenkerscheinungen, Milzschwellung, Konjunktivitis, Iritis, Zystitis und wochenlang anhaltendem Fieber (bis 39°) einhergehenden Erkrankung aus dem Armvenenblut auf Blutaszitesfleischbrühe eins Spirochäte in Reinkultur züchten Eine Weiterimpfung der Kulturen gelang nicht. Die Spirochäte ähnelt morphologisch der Spirochaeta pallida, doch ist sie kräftiger und mit Fuchsin und Löfflerschem Methylenblau färbbar. In älteren Kulturen finden sich Knötchengebilde von verschiedener Größe den Spirochäten angelagert. Über die Natur dieser Gebilde sowie über den Teilungsmodus der Spirochäten wagt der Autor keine sichere Entscheidung. Walther Pick (Wien).

Pinkus, F. Liquorveränderungen bei Syphilis. Med. Klinik. 1916. 905.

Ein Sammelreferat. Hugo Hecht (Prag).

Meirowsky, E. Spirochaeta pallida (Schaudinn) und Spirochaeta nodosa (Hübener-Reiter). Med. Klinik. 1916. Nr. 45.

Die Spirochaeta nodosa zeigt Knospenbildungen (gestielt, ungestielt und frei), sowie seitliche Verzweigungen auf, wie die Spirochaeta pallida. M. bringt diese sicher beobachteten Gebilde mit der Fortpflanzung in Beziehung. Das Vorkommen der Knospen ist mit dem granulären Stadium des Tuberkel- und Leprabazillus gleichzusetzen. Dafür sprechen auch die Filtrierversuche, die neuerdings Inada und Ido mit 15 positiven von 21 Impfungen vornahmen. Bei beiden Spirochäten wurden schließlich auch seitliche Verzweigungen beobachtet, die deutlich Spirochätencharakter trugen. Damit ist der Beweis für die pflanzliche Natur der Spirochäten erbracht.

Hugo Hecht (Prag).

Pontoppidan, B. Über den Nachweis von Spirochaeta pallida mittels Drüsenpunktion. Hospitalstidende 1917. Nr. 50. p. 1227—1234.

Verf. hat 117 Fälle untersucht und in 60% Spirochäten nachgewiesen; er empfiehlt deshalb die Untersuchungsmethode in zweifelhaften Fällen.

Harald Boas (Kopenhagen).



Thoms, W. Zum Spirochätennachweis bei Syphilis. Deutsche med. Woch. 31. 1917.

Die Spirochäten besitzen eine erhebliche Resistenz gegen Formverlust, so daß noch nach Tagen und Wochen in angetrocknetem Material nach Aufweichen die Spirochäten in gut erhaltenen Knoten sichtbar gemacht werden können. Nach Aufweichen angetrockneten syph. Materials gelingt auch nach längerer Zeit noch der Nachweis der Spirochäten im Dunkelfeld. In den aufgeweichten Präparaten sind gewisse Bewegungserscheinungen der Spirochäten zu erkennen. Ob es sich hierbei um wirkliche Eigenbewegungen handelt, werden weitere Beobachtungen und Versuche klarstellen. Max Joseph (Berlin).

Johan, B., jun. Über den Spirochätennachweis bei Syphilis. Deutsche med. Woch. Nr. 39. 1917.

Neben den drei bewährten Methoden der Spirochätenauffindung, der Darstellung im Dunkelfelde, dem Burrischen Tuschverfahren und der Giemsafärbung empfiehlt Johan jun. ein viertes, sehr gutes Verfahren: die Imprägnation der Strichpräparate nach Fontana. Hierbei können Strichpräparate angetrocknet, ohne Fixierung einem Laboratorium übersandt und dort in einigen Minuten imprägniert werden, wobei sich schöne, klare Bilder ergeben.
Max Joseph (Berlin).

Syphilis. — Symptomatologie.

Pinkus, F. Syphilis. Med. Klinik. 1916. Nr. 38.
Sammelreferat. Hugo Hecht (Prag).

Pinkus, F. Primäre Syphilis. Med. Kl. 1916. Nr. 42.
Sammelreferat. Hugo Hecht (Prag).

Beck, O. Erbsyphilis und akustischer Ohrapparat. Med. Klinik. 1916. Nr. 12.

20—30% der erbsyphilitischen Kinder leiden an Ohrerkrankungen. Der plötzliche Verlust des Gehörs ist für Erbsyphilis charakteristisch; er tritt meist um das zehnte Lebensjahr auf. Bei schleichendem Verlauf beginnt die Erkrankung ebenfalls um das zehnte Jahr herum und führt von geringer bis zu hochgradiger Herabsetzung des Gehörs, zuweilen zur vollkommenen Taubheit. Meist zeigen diese Kinder auch die beiden übrigen Triassymptome. Bei einer anderen Form wird vorwiegend über starke, äußerst quälende subjektive Ohrgeräusche geklagt. Auch bei Erbsyphilis ist wie bei der erworbenen Syphilis die Kopfknochenleitung für mittlere Stimmgabeltöne häufig herabgesetzt.

Die Behandlung der erbsyphilitischen Ohrerkrankun-





gen führt nur zu vorübergehenden Erfolgen. Höchstwahrscheinlich handelt es sich um Formen, die der Metalues zuzurechnen sind. Die Aussichten einer Behandlung sind verhältnismäßig günstig, wenn die Erkrankung nicht zu lange besteht, das Gehör für Konservationssprache nicht unter einen Meter gesunken ist, der Vestibularapparat normal erregbar und der Patient jung ist.

Hugo Hecht (Prag).

Drysdale, H. H. Progressive Paralyse bei Ehegatten. Bericht über einen Fall. The Journal of the Am. Medical Association. 1916. Juli 29. p. 340.

Der Gatte infizierte sich bei Drysdales Fall zwei Jahre vor der Heirat. Die syphilitischen Symptome waren leicht und heilten nach kurzer Behandlung. 18 Jahre später entwickelte sich die Paralyse. Die Gattin, die fraglos vom Gatten infiziert wurde, bekam ihre Paralyse zwei Jahre nach dem Gatten. Die Krankheit wies bei beiden Gatten den Typus der Demenz auf und nie fanden sich Exaltationszustände. Das Kind, 8 Jahre bei der Untersuchung alt, wies außer einem positiven Wassermann kein Zeichen von Syphilis auf. Fritz Juliusberg (Posen).

Hammes, E. M. Ein Fall von zerebrospinaler Syphilis, vergesellschaftigt mit Pneumokokkenmeningitis. The Journal of the American Medical Association. 1916. Juli 29. p. 357.

Die Patientin von Hammes kam wegen epileptiformer Anfälle in Behandlung. Nonne und Noguchi des Lumbalpunktats fielen positiv aus, ebenso der Wassermann. Es bestand Lymphozytose und positiver Wassermann des Blutes. Energische intravenöse Neosalvarsan behandlung. Klinische Heilung, doch blieb der Wassermann in Blut und Spinalflüssigkeit positiv. Später entwickelten sich meningitische Erscheinungen, die zum Tode führten. Die Lumbalpunktion ante exitum ergab eine trübe Flüssigkeit mit viel Leukozyten und den Diplococcus pneumoniae. Fritz Juliusberg (Posen).

Lull, Cabot. Syphilis als wahrscheinlicher Faktor bei unbestimmten Magenstörungen. The Journal of the American Medical Association. 1916. September 30. p. 998.

Die Ausführungen Lulls, die sich mit der Syphilis als ätiologischen Faktor bei Magenstörungen unbestimmten Charakters beschäftigen, gehen auf die Literatur des Gebietes ein; sie diskutieren die hier in Betracht kommenden diagnostischen Momente und bringen am Schlusse einige eigene Beobachtungen. Fritz Juliusberg (Posen).

Noehte. Pupillenanomalien bei viszeraler Lues. Deutsche med. Woch. Nr. 9. 1917.

Da Pupillenanomalien eine häufige Begleiterscheinung der viszeralen Lues sind, so rät Noehte bei chronischen inneren Leiden stets daraufhin zu untersuchen, umsomehr als die unbestimmten Klagen solcher Patienten über Koliken am Magen, Nieren, Gallenblase, Angina pectoris, Nerven- oder Muskelschmerzen, auch Blasen- und Gehörstörungen leicht Neurasthenie vortäuschen können. Organische Veränderungen ließen sich selten nachweisen, dagegen Klopfempfindlichkeit der Wirbelsäule. Dennoch können Schleimhautveränderungen syphilitischer Natur, Gummata etc. die tiefere Ursache der Beschwerden sein. Zu den allgemeinen Ernährungsstörungen gesellen sich oft nervöse Symptome, besonders Pupillenanomalien und Anschwellungen der drüsigen Organe. Der Verlauf war ein schubweiser, oft konnte Verletzung, Erschütterung oder Anstrengung einen neuen Anfall auslösen.

Max Joseph (Berlin).

Jendrassik, E. Allgemeine Betrachtungen über die Syphilis und speziell über die Nervenlues. Deutsche med. Woch. 27. 1917.

Beim Verlauf der Infektionskrankheiten muß man die Immunität und den Heilprozeß (Bakteriolyse) stets voneinander unterscheiden. Die relative Größe dieser Reaktionen des Körpers und eine auch bei anderen Infektionskrankheiten bekannte Organaffinität erklärt die stets wechselnde Form der Lues und ihren zyklischen Verlauf. Hierbei entwickelt sich aber eine spezielle Organimmunität der einzelnen Organe, wodurch der Übertritt der Rezidive auf andere Lokalisationen erklärt wird. Eine wirkliche Nervenlues ist nur die Tabes und die Paralyse, die übrigen Formen sind syphilitische Erkrankungen der Gehirnhäute, der Gefäße, sie verursachen erst sekundär Nervensymptome. Eine erfolgreiche Behandlung der Lues ist nur während des aktiven Rezidivs möglich, doch treten solche in den inneren Organen vom Patienten unbemerkt ein, weshalb diese zumeist verspätet Hilfe suchen. Es wäre also nötig, Infizierte häufig auf ihre Wa.-R. zu prüfen.

Max Joseph (Berlin).

Bloch, Iwan. Ein Fall von schwerem tertiärsyphilitischem Phagedänismus des männlichen Genitale. Heilung durch kleine Dosen Jodkalium und örtliche Behandlung mit Boluphen. Berl. klin. Woch. Nr. 52. 24/XII. 1917. p. 1240.

Bei einem kachektischen Kranken war der Penis durch



ein tertiär-syphilitisches Geschwür fast völlig zerstört, der Stumpf verbreitert und in 2 Lappen gespalten, die unten geschwürig waren; die Harnröhre lag frei, das Geschwür griff auf Hodensack und Schamberg über. Wassermann ++++. Unter Boluphenverbänden und Jodkali (5:200. 2mal tgl. 1 Eßlöffel voll) schnelle Reinigung und Verkleinerung. Besserung des Allgemeinbefindens, trotz Jodexanthem. Nach ca. 6 Wochen Geschwür fast verheilt; dann 0·3 Neosalvarsan, bald darauf völlige Vernarbung. Das Geschwür hatte vorher 3 Jahre bestanden und trotz intensiver und häufiger Hg-Behandlung und großer Jodkalidosen immer weiter um sich gegriffen.

Krakauer (Breslau).

Mahler, L. Über hereditäre Syphilis des Labyrinths. Hospitalstidende 1917. Nr. 6. p. 121—134.

Kasuistische Mitteilung. Die Bedeutung der Seroreaktion für die Otologen wird hervorgehoben.

Harald Boas (Kopenhagen).

Bruusgaard. 5 Fälle von Lues congenita tarda. Norsk Magazin for Lägewidenskaben. 1917. Nr. 3. p. 316—324.

Kasuistik. Die Bedeutung der Seroreaktion wird hervorgehoben. Harald Boas (Kopenhagen).

Gram, Chr. Lues cerebralis. Ugeskrift for Läger. 1917. Nr. 14. p. 522—528.

Kasuistische Mitteilung eines Falles, in dem die richtige Diagnose erst durch die positive Wassermann-Reaktion in Blut und Spinalflüssigkeit gestellt wurde.

Harald Boas (Kopenhagen).

Melchior, L. 2 Fälle von Lymphogranulomatose bei Syphilitikern. Ugeskrift for Läger. 1917. Nr. 52. p. 2143—2152.

Kasuistische Mitteilung. Beide Patienten hatten große Tumores lymphogranulomatosi, außerdem beide eine stark positive Wassermann-Reaktion, der eine überdies verschiedene syphilitische Organleiden.

Harald Boas (Kopenhagen).

Syphilis. — Therapie.

Pedersen, Brun. Über die Auflösung des Salvarsans. Ugeskrift for Läger. 1917. Nr. 46. p. 1851—1853.

Wenn man das Salvarsan vorsichtig auf die Oberfläche des Wassers gießt, wird das Salvarsan sehr schnell gelöst, auch in Wasser von 15°.

Harald Boas (Kopenhagen).



With. Die intraspinale Salvarsantherapie. Ugeskrift for Läger. 1917. Nr. 39. p. 1607—1613.

Übersichtsartikel. Verf. hat selbst einen Fall von Dementia paralytica mit intraspinalen Neosalvarsanlösungen behandelt, leider mit sehr unglücklichem Resultate.

Harald Boas (Kopenhagen).

Pontoppidan, B. Intravenöse Injektion von konzentrierten Altsalvarsanlösungen. Ugeskrift for Läger. 1917. Nr. 22. p. 873—875.

P. hat in 9 Fällen nur gute Resultate gesehen.

Harald Boas (Kopenhagen).

Krefting, Rudolf. Kavete konzentrierte intravenöse Neosalvarsaninjektionen. Tidsskrift for den Norske Lägeforening. 1917. p. 74—76.

Die Neosalvarsaninjektionen wirken nicht so nachhaltig wie die Altsalvarsaninjektionen. Außerdem sind die lokalen Unannehmlichkeiten, die nach einem technischen Fehler entstehen können, viel größer nach einer konzentrierten Neosalvarsaninjektion als nach einer Injektion von einer dünnen Lösung von Altsalvarsan.

Harald Boas (Kopenhagen).

Pinkus, F. Salvarsan. Med. Klinik. 1916. Nr. 21.

Ein Sammelreferat. Hugo Hecht (Prag).

Stryzowski, C. Über eine im Salvarsan (606) in sehr geringen Mengen vorkommende Schwefelverbindung. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte. 1917. Nr. 6. p. 176.

Aus zwei chemischen Reaktionen, die er mit dem Salvarsan anstellte, zieht Verf. den Schluß, daß im Salvarsan eine Schwefelverbindung enthalten sein müsse, die eine organische zu sein scheine. Sie sei aber in so geringer Menge vorhanden, daß sie ohne therapeutischen Einfluß auf den Körper bleibe. Daß dem so ist, gehe auch aus der Stickstoffbestimmung des Salvarsans hervor. Eine gleichzeitige As-Bestimmung wurde vom Verf. nicht vorgenommen. Es müsse aber betont werden, daß ein As-Gehalt von 34% nicht vorhanden sei, wie ihn der Prospekt angebe, denn die chemische Formel lasse nur auf einen As-Gehalt von 31·5% schließen. Es liege demnach im Höchster Salvarsan-Prospekte ein Lapsus vor.

Max Winkler (Luzern).

Lüth, W. Zur Salvarsantherapie. Deutsche med. Woch. Nr. 51. 1916.

Die von Lüth empfohlene Methode ist etwa folgende: Bei primärer Syphilis: Am 1. Tage Neosalvarsan 0·3, am 2. Tage Hg. salic. 0·05, dann jeden 3. Tag Hg. salic. 0·1,



im ganzen 10 Quecksilberinjektionen, nach der 8. und 9. noch einmal Neosalvarsan 0·45. Drei Wochen nach der ersten Kur wird eine Blutuntersuchung, vier Wochen nach Schluß der ersten Kur eine zweite Behandlung von achtmaliger Zuführung von Hg. salic. 0·1 vorgenommen. Nach einer 3monatlichen Pause wird die dritte Kur, 8 Hg-Injektionen zu 0·1, angeschlossen. Bei sekundärer Syphilis wird bei der ersten Kur in der Mitte noch einmal Neosalvarsan 0·45 gegeben, bei der zweiten neben 8mal Hg 0·1 noch zweimal Neosalvarsan, der dritten Kur muß wieder eine Pause von 3 Monaten vorangehen, da schnellere Behandlung die Patienten zu sehr schwächt. Mit dieser Heilmethode erzielte Verf. ausgezeichnete Erfolge.

Max Joseph (Berlin).

Bierbaum, K. Über die Wirkung des Salvarsans auf Rotlaufbazillen in vivo. Zeitschr. f. Immunitätsf. u. exper. Ther. Bd. XXVI. H. 4.

Erneute Bestätigung, daß Salvarsan und Neosalvarsan eine ausgesprochene spezifische Heilwirkung auf Rotlaufinfektionen bei weißen Mäusen ausüben. Diese Heilwirkung erstreckt sich keineswegs, wie Baum und Herrenheiser behaupten, nur auf avirulente oder wenig infektiöse, sondern auch auf vollvirulente Rotlaufstämme.

Marg. Stern (Breslau).

Glombitza. Salvarsan-Natrium als intravenöse Injektion in hochkonzentrierter Lösung. Dtsch. med. Woch. Nr. 21. 1917.

Nach den zahlreichen Erfahrungen von Glombitza wirkte das Salvarsan-Natrium etwas intensiver als das Neo-Salvarsan, seine Heilwirkung stand etwa zwischen der des Alt- und des Neo-Salvarsans. Das Salvarsan-Natrium eignete sich gut zur Injektion von hochkonzentrierten Lösungen und bewährte sich auch gut für ambulante Behandlung. Bei Anwendung von frisch destilliertem, sterilen Wasser traten keine Nebenwirkungen auf.

Max Joseph (Berlin).

Brandweiner, A. Uber Salvarsannatrium nebst einigen allgemeinen Bemerkungen zur Salvarsantherapie. Wiener klin. Woch. 1916. Nr. 1.

Brandweiner konnte beobachten, daß bei Salvarsannatrium die Heftigkeit der Reaktion einerseits mit der Verringerung der Menge des Lösungsmittels, anderseits mit der Größe der Dose zunimmt; er empfiehlt daher die Lösung von 0·1 in 10 *cm*³ Kochsalzlösung und warnt vor der Anwendung höherer Einzeldosen als 0·6. Brandweiner hat den Eindruck, daß das Salvarsannatrium etwas



giftiger ist als das Neosalvarsan, der therapeutische Effekt war ebenso gut wie bei Alt- und Neosalvarsan.

Brandweiner macht auf Nebenerscheinungen nach Salvarsaninjektion aufmerksam, von denen er Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit und Geräuschempfindlichkeit als besonders bedeutungsvoll ansieht, weil sie die niedrigsten Grade derjenigen Veränderungen darstellen, die in schweren Fällen zur Encephalitis haemorrhagica führen. In den Fällen, bei denen die Salvarsan-Injektion paravenös danebenging, läßt der heftige Schmerz bei Anlegung einer Staubinde und Applikation von heißen Burow-Umschlägen nach.

Viktor Bandler (Prag).

Hoffmann, E. Weitere Erfahrungen über Salvarsannatrium. Deutsche med. Woch. Nr. 5. 1917.

In konzentrierten Einspritzungen wurde das Salvarsannatrium intravenös verabreicht gut vertragen und übte in allen Stadien der Syphilis eine gute Wirkung aus, die allerdings an Dauer von den Erfolgen des Altsalvarsans übertroffen wird. Das Neosalvarsan stand hinter beiden etwas zurück. Verf. empfiehlt nach seinen Erfahrungen bei primärer Syphilis eine starke kombinierte Hg-Salvarsankur, bei frischer sekundärer Syphilis zwei durch 2 bis 3 monatliche Pause getrennte Kuren. Diese Methode ermöglicht es, das zureichende Behandlungsmaß zu finden, was bei der chronisch intermittierenden Behandlung nicht zu erreichen ist. Max Joseph (Berlin).

Treupel, W. Der Einfluß des Salvarsans auf den Verlauf der Paralyse und Tabes. Berliner kl. Woch. Nr. 39. 24./IX. 1917. p. 933.

5 Paralysen und 2 Taboparalysen zeigten zunächst erhebliche Besserung im psychischen Verhalten und im Befund des Lumbalpunktats. Diese „künstliche Remission" machte jedoch bald einer erheblichen Verschlimmerung Platz; innerhalb eines Jahres nach Behandlungsschluß trat der Tod ein. Einige Tabesfälle dagegen zeigten erhebliche günstige Beeinflussung, wenigstens in Bezug auf die subjektiven Beschwerden und Arbeitsfähigkeit.

Krakauer (Breslau).

Hoffmann, Carl Albin. Über Nebenwirkungen des Quecksilbers und des Neosalvarsans bei kombinierter Behandlung. Berl. klin. Woch. Nr. 43. 22./X. 1917. p. 1029.

Ein Kranker mit Lues II (und Leberschwellung) erhält eine kombinierte Kur mit Hg. salicyl. und Neo-Salvarsan. Nach 3 Hg-Injektionen (alle 5 Tage, im ganzen 0·25 Hg. salicyl.) und 3 Neo-Salvarsanspritzen (in 8tägigen



Zwischenräumen 0·3, 0·6, 0·6) 39·2°, Kopfweh, Übelkeit. Diese Erscheinungen schwinden nach einigen Tagen; 8 Tage nach der letzten Spritze Beginn einer Schmierkur. 5 Tage später scarlatiniformes Exanthem, namentlich der Beine, das nach 4 Tagen schwindet. Schmierkur abgesetzt. Wieder 0·6 Neo-Salvarsan. Am nächsten Tage Exanthem und danach schwere ödematös schuppende Dermatitis mit starken Allgemeinerscheinungen, die nach 4 Wochen geheilt ist. H. schließt, daß das erste Exanthem Hg-Schädigung bedeutet, die die Gefäße gegen Salvarsan ebenfalls intolerant machte und daher zu dem II. Exanthem etc. führte.

Krakauer (Breslau).

Samelson. Über kombinierte Neosalvarsan-Quecksilberbehandlung der kongenitalen Lues. Die Therapie der Gegenwart. 1917. p. 345.

Samelson berichtet über die Erfahrungen an der Straßburger Kinderklinik. Es wurde bei kongenitaler Lues zunächst, um die Erscheinungen rasch zum Schwinden zu bringen, Neosalvarsan, u. zw. in 1—3 *cm*³ Kochsalzlösung, intraglutaeal verabfolgt. 1—2 Injektionen à 0·075—0·4, je nach dem Alter und dem Ernährungszustand der Kinder. Dann meist Sublimat 0·001—0·002 täglich oder zweitägig durch sechs Wochen. Gute Resultate.

Walther Pick (Wien).

Engwer. Über intravenöse Jodinjektionen bei Syphilis und Beziehungen des Jods zum Blutbilde und zum Blutdruck. Berliner klin. Woch. Nr. 45. 6/XI. 1917. p. 1083.

Zu einer „Jodkur" wurden verwandt 100 *g* JNa; jeden II. Tag Injektion von 5·0. An Nebenwirkungen wurden beobachtet: einmal Übelkeit, Schüttelfrost, Kopfweh, Fieber, Lidödem mit Konjunktivitis, nach wenigen Tagen waren alle Erscheinungen klinisch geschwunden. Einmal Abort einer totfaulen Frucht. Blutbildkontrolle ist notwendig. Im allgemeinen bringt die intravenöse Jodtherapie keine Veränderungen des Blutbildes hervor; Abweichungen können auf andere Faktoren bezogen werden. In dem oben erwähnten Falle mit Intoxikationserscheinungen trat Leukopenie mit absoluter und relativer Eosinophilie ein.

Indikation ist Positivbleiben der W.-R. nach kombinierter Hg-Salvarsankur. Krakauer (Breslau).

Lissauer, Max. Zur Frage des Salvarsantodes Deutsche med. Woch. Nr. 47. 1917.

Entgegen den vielen unklaren Fällen, die in der medizinischen Literatur als Salvarsantod bezeichnet werden, weist Lissauer darauf hin, daß man als sicheren Sal-

varsantod nur solche Fälle ansprechen dürfe, bei denen unmittelbar nach der Salvarsaninjektion die zum Tode führenden Erscheinungen auftraten und bei denen auch die Sektion neben syphilitischen Merkmalen Anzeichen von Arsenschädigungen ergab. Verf. berichtet über einen solchen Fall. Während von dem 21jährigen syphilitischen Patienten die erste intravenöse Injektion von 0·3 Neosalvarsan gut vertragen wurde, traten zwei Tage nach der 10 Tage später vorgenommenen zweiten Injektion von 0·45 Neosalvarsan Zittern, Schweißausbruch, Krämpfe, Lähmungen, schließlich in völligem Koma der Exitus ein. Die Sektion zeigte u. a. pathologische Veränderungen des Gehirns. Verf. nimmt an, daß es sich um die paralytische Form der Arsenvergiftung handelte und daß eine Idiosynkrasie des Patienten vorlag, da am gleichen Tage 23 andere Syphilitiker in gleicher Weise ohne Schädigung behandelt wurden.

Max Joseph (Berlin).

Glombitza. Spätexantheme nach Salvarsan-Natrium-Injektionen; zugleich ein Beitrag zur viszeralen Frühlues. Dtsch. med. Woch. Nr. 46. 1917.

Während Spätexantheme nach Salvarsaninjektionen häufiger berichtet wurden, dürften die von Glombitza beobachteten Hauterscheinungen nach Salvarsan-Natrium noch unbekannt sein. Bei 2 syphilitischen Patienten traten 7—9 Tage nach der ersten, 4 5 Tage nach der zweiten SaNa-Injektion Exantheme auf. Während der erste, masernähnlich aussehende Fall in wenigen Tagen abklang, verlief der zweite scharlachartige Ausschlag schwerer mit längerem Fieber, bronchitischen Geräuschen und Ikterus, kam aber schließlich auch zur Heilung. In beiden Fällen waren die Schleimhäute mitergriffen. Das Fehlen einer Stomatitis ließ Hg-Intoxikation ausschließen. Verf. führt solche seltene Vorkommnisse auf eine unbemerkt gebliebene frühluetische Organschädigung zurück. Besonders die Leber befinde sich bei Syphiliskranken meist in einem Zustande, der sie für Erkrankungen vorbereite. Max Joseph (Berlin).

Stühmer, A. Arsalyt. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 1. 1918.

Stühmer warnt vor der ausgedehnteren Anwendung des Arsalyt, welches vielleicht bei Rekurrens in noch bekömmlichen Dosen gute Erfolge zeitigen könne, aber bei Syphilis erst in einer Menge wirke, welche bereits Gefahr bedinge. Zudem sei die Haltbarkeit des Mittels nicht erwiesen. Da das Arsalyt in der gleich wirksamen Dosis relativ toxischer ist als Salvarsan, so zieht Verf. dieses alte Mittel vor. Max Joseph (Berlin).



Karczag, L. Die Behandlung der Tabes dorsalis mit Neosalvarsan nach Leredde. Deutsche med. Woch. Nr. 40. 1917.

In 18 Fällen von Tabes erprobte Karczag Lereddes Neosalvarsankur, welche sich in drei Abschnitte teilt. Die erste Serie umfaßt 4 Injektionen, welche je einmal in der Woche mit 0·30—0·60, höchstens bei der 4 mit 0·90 *g* vorgenommen werden. Nach 4wöchentlicher Pause werden wieder einmal wöchentlich 3 Injektionen mit 0·60, 0·90 und 0,90 *g* ausgeführt. Die letzte Kur besteht ebenfalls aus 3 Injektionen zu 0·90 *g* Neosalvarsan. Die Resultate bei den Kranken waren bei lanzinierenden Schmerzen von 14 Pat. bei fast allen befriedigende oder noch bedeutendere Besserung, weniger wurden die Krisen beeinflußt, während sich Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit und Blasenbeschwerden merklich besserten und auch die Ataxie von 6 Kranken 3mal auffallende und 3mal befriedigende Besserung erkennen ließ. Selten wurde nach den Injektionen Brechreiz und Durchfall, einmal Herpes, sonst keinerlei Schädigung beobachtet. Max Joseph (Berlin).

Jacobsohn. Salvarsan und Tabes. Therapie der Gegenw. 1917. p. 438.

Jacobsohn kritisiert die von Treupel (Berl. klin. Woch. 1917, Nr. 39) mitgeteilten, angeblich so günstigen Behandlungsresultate. Dieselben sind ebenso gut durch natürliche Remissionen zu erklären. Der Autor kommt zu dem Schlusse: „Wie die Dinge heute liegen, macht sich der Arzt keiner Unterlassung schuldig, der bei der Tabesbehandlung prinzipiell von der Anwendung des Salvarsans absieht." Walther Pick (Wien).

Cassel. Zur ambulanten Behandlung der erbsyphilitischen Kinder in Berlin. Deutsche med. Woch. 31. 1917.

Zur Beseitigung der bisher ganz ungenügenden Behandlung der Lues congenita machte Verf. die Mittel der Fürsorgestellen für eine planmäßige, konsequent durchzuführende, kombinierte Quecksilber-Salvarsanbehandlung mobil. Er befolgte die von E. Müller ausgearbeitete Methode (Berl. klin. Woch. 1915, 40) und will erst später das gesamte Material veröffentlichen. Max Joseph (Berlin).

Sachs, Theodor. Über eine gleichmäßige, stets gebrauchsfertige Salizyl-Quecksilberemulsion (Hg-Olinal). Berliner klin. Woch. Nr. 51. 17./XII. 1917. p. 1221.

Ölemulsionen von Hg. salicyl. haben den Nachteil ungleicher Dosierung, da bei längerem Aufbewahren sich



das Salz am Boden zusammenballt, bei mechanischer Lostrennung vom Flaschenboden sich häufig zusammenklumpt und so auch zu Verstopfungen der Kanüle führt. Diesen Übelständen half „Olinal" gut ab. O. ist Olivenöl und Lanolin. anhydr. 1 : 1/2, sterilisiert; es ist bei höherer Temperatur hell, goldgelb, flüssig. bei Zimmertemperatur gelbweiß, dicklich. Es bildet mit Hg. salicyl. eine vorzügliche Suspension, die auch nach langem Stehen kein Sediment ausfallen läßt. Das spezifische Gewicht ist so, daß 1 *ccm* genau 1 *g* wiegt. Da die Mischung zähflüssig ist, müssen etwas dickere Kanülen verwandt werden; längere Nadeln sind vorteilhaft. Die Einspritzungen sind meist schmerzlos; treten Schmerzen auf, so kommen sie in der Regel erst nach 2 Tagen; ein Zusatz von Novokain nach dem Rezept

Hg. salicyl. 1·0,
Novoc. basic. 1·5,
Olinal ad 10·0

bewährt sich. Die Konsistenz wechselt nach der Jahreszeit; bei richtiger Bereitung bleibt es aseptisch. Abszesse treten nie auf, ebensowenig Durchfälle, wohl aber leichte Schwellung des Zahnfleisches, was wiederum die Wirksamkeit beweist. Bezüglich der Beeinflussung der syphilitischen Erscheinungen entspricht es der Olivenölemulsion. Infiltrate sind nicht härter und schmerzhafter als bei anderen Emulsionen. Die fertige Emulsion mit Novocainzusatz kann aus der Hirschapotheke Zeil III Frankfurt a./M. bezogen werden.

Krakauer (Breslau).

Rupp, E. Zur Ordinationsweise organischer Quecksilberverbindungen. Therap. Monatsh. 1917. Heft 5. p. 212.

Unter den organischen Hg-Arzneipräparaten gibt es solche mit salzartig gebundenem, ionisierbarem Quecksilber und solche, die das Hg in fester Kohlenstoffbindung enthalten. Während die letztgenannten außerordentlich reaktionsträge sind (z. B. das Salizylat), geben die ersteren (z. B. das Benzoat) alle Reaktionen des Quecksilberions, also etwa mit KOH stets gelbes HgO; mit sol. Natr. chlor. werden sie durchweg zu $HgCl_2$ umgesetzt, so daß es anscheinend irrelevant ist, ob ein Patient Laktat, Zitrat oder Benzoat bekommt. Auf der Umsetzung zu Sublimat beruht auch ihre Kochsalzlöslichkeit, während die der organischen Hg-Präparate mit kohlenstoffständigem Quecksilber in einer Anlagerung von Chlornatrium besteht. Den Schluß der Arbeit bilden Erwägungen über Inkompatibilität zwischen Quecksilberoxyzyanid und Alkaloidsalzlösungen.

Sigismund Bochyński (Würzburg).

Frey. Über Modenol. Ein Beitrag zur Syphilistherapie Deutsche med. Woch. Nr. 49. 1916.

Als das Paraffinum liquid. nicht mehr rein zu erhalten war und die Anreibung des Hg. salicyl. in einem Kriegspräparat zu immer lästigeren Knotenbildungen an den Injektionsstellen führte, suchte Frey für das sonst bewährte Hg. salicyl. eine andere Anwendungsart zu finden und erprobte das Modenol als ein wirksames, gut zu vertragendes Mittel. Das Präparat ist eine helle, 0·4% Hg und 0·6% As enthaltende Flüssigkeit und wird örtlich injiziert. Verf. begann mit 0·5 *ccm* der Lösung, stieg bis zu 1·0 *ccm*, gab zuerst 2 Spritzen wöchentlich, später 3, dann jeden 2. Tag eine Spritze. Im ganzen genügten etwa 16 Spritzen. Nur bei stärkerer Albuminurie wurde die Behandlung eingestellt, doch ist das Modenol in allen Fällen zu empfehlen, wo eine mäßige Albuminurie den Gebrauch des Salvarsans bedenklich erscheinen läßt. Max Joseph (Berlin).

Thompson, L. Die intensive Behandlung der Syphilis. The Journal of the American Medical Assoc. 1916. September 2. p. 734.

Thompson stellt die Forderung auf, daß kein Patient mit Syphilis geheilt entlassen wird, ehe er nicht die folgenden Bedingungen erfüllt hat: 1. Eine klinische Heilung. 2. Eine konstante negative Wassermann-Reaktion des Blutes bei Intervalluntersuchungen in einer Periode von zwei Jahren nach der letzten Behandlung. 3. Eine negative Reaktion der Spinalflüssigkeit ein Jahr und zwei Jahre nach der letzten Behandlung.

Bei Fällen, deren Zentralnervensystem befallen war und die deswegen behandelt wurden, soll die Spinalflüssigkeit in häufigeren Zeiträumen untersucht und negativ befunden werden. Der Wassermann der Spinalflüssigkeit soll mit großen Quantitäten ausgeführt werden, bis zu 2 *ccm*. Natürlich ist es bei Tabes und anderen Krankheiten des Zentralnervensystems, wo eine Gewebszerstörung stattgefunden hat, unmöglich, das Zerstörte wiederherzustellen und gewisse Symptome, wie Ataxie, bleiben bestehen, auch wenn der Prozeß aufgehalten wird. Bei solchen Fällen müssen die Laboratoriumsmethoden den Zeitpunkt der Heilung bestimmen. Fritz Juliusberg (Posen).

Grumme. Betrachtungen über Vermeidung des Jodismus. Med. Klinik. 1916. Nr. 12.

„Tierisches Schilddrüsenjod hat andere therapeutische Eigenschaften als anorganisches Jod. Gleichzeitig sind sowohl die obligatorischen wie auch ein Teil der fakultativen Nebenwirkungen des anorganischen Jods im Schilddrüsen-



jod beseitigt. Es erscheint theoretisch möglich, dem arzneilichen Jod die obligatorischen Nebenwirkungen (= Jodismus) künstlich zu nehmen bei Erhaltung der gewöhnlichen Jodwirkung. Höchstwahrscheinlich ist das der Fall bei künstlich intramolekular an Eiweiß gebundenem Jod. Die fakultativen Nebenwirkungen (bei bestehender Idiosynkrasie) werden ein solches Präparat aufweisen."

Hugo Hecht (Prag).

Hecht, Hugo. Eine einfache Jodprobe. Med. Klinik. 1916. Nr. 27.

Wird jodhaltiger Harn mit 3% Wasserstoffsuperoxydlösung versetzt, so tritt nach Umschütteln Braunfärbung auf. Zum Vergleich dient der mit Wasser verdünnte Harn. Bei undeutlichem Ausfall kann mit Chloroform ausgeschüttelt werden. Autoreferat.

Bloch, Iwan. Über austrocknende antiseptische Behandlung venerischer Affektionen mit Boluphen. Berl. klin. Woch. Nr. 44. 24./X. 1917. p. 1058.

Bei 100 Fällen lokaler Anwendung erwies sich Boluphenpuder als reizlos, austrocknend, desodorierend, juck- und schmerzstillend, antiseptisch und antiphagedänisch. (B. besteht aus Phenol, Formaldehyd und Bolus.)

Krakauer (Breslau).

Gonorrhoe und deren Komplikationen.

Spitzer, W. M. Die Infektion der Samenbläschen. Colorado State Medical Society. 1916. Sept. 5./7. The Journal of the American Medical Association. 1916. September 30. p. 1041.

Die Symptome der Spermatozystitis können nach Spitzer als nervöse, sexuelle, die Harnwege betreffende und konstitutionelle gruppiert werden. Die nervösen Symptome sind Melancholie, starke psychische Depression und Kopfschmerz. In dem akutesten Stadium der Spermatozystitis, welches gewöhnlich zwischen dem 16. und 25. Tage einer akuten Gonorrhoe auftritt, wird der Beginn charakterisiert durch Tenesmus, Brennen, terminale Blutungen und oft durch Unfähigkeit, Harn abzulassen. Per Rektum fühlt man eine große einseitige oder doppelseitige prostatische Masse, die bisher als Prostataabszeß diagnostiziert wurde. In der Regel nach wenigen Tagen bricht der Abszeß in die Harnröhre, in den Mastdarm oder die Haut durch. Es handelt sich nicht um einen prostatischen Abszeß, sondern einen Abszeß der Samenbläschen, verursacht durch



Verschluß der Ductus ejaculatorii. Selten tritt Exitus durch allgemeine Peritonitis oder allgemeine Sepsis ein.

Fritz Juliusberg (Posen).

Wolff, Paul. Über eine sehr zweckmäßige, möglichst frühzeitige lokale Gonorrhoebehandlung mit „Sanabo"-Spülkatheter D.R.P. Med. Klinik. 1916. Nr. 30.

Eine Olive schließt die Harnröhre gegen die Blase ab, die Spülflüssigkeit tritt aus Öffnungen hervor, die gegen die Harnröhrenmündung gerichtet sind.

Hugo Hecht (Prag).

Pflanz. Ein Fall von Sepsis nach Gonorrhoe (Gonokokkensepsis). Med. Klinik. 1916. 827.

Im Anschlusse an Prostatitis und Epididymitis kam es zu einer Pericystitis phlegmonosa und Lungeninfarkt, dem der Exitus folgte. Der Weg, den die Allgemeininfektion nahm, ging vom Vas deferens aus und den Lymphgefäßen, die bis zum Blasengrund verlaufen; von da aus ziehen sie retroperitoneal zur hintern Wand des kleinen Beckens und bilden einen Lymphknoten.

Hugo Hecht (Prag).

Caesar, Viktor. Spuman und Tampospuman in der Therapie des Urogenitalapparates. Medizin. Klinik. 1916. Nr. 45.

Die genannten Präparate erwiesen sich bei der Behandlung der weiblichen Gonorrhoe, auch bei kleinen Kindern, als brauchbar. Rasche Wirkung ist mit bequemer Handhabung verknüpft. Tampospuman bewährte sich bei allen urologischen Harnröhrenblutungen als brauchbares Hämostatikum. Hugo Hecht (Prag).

Pinkus. Harnröhrenerkrankungen, namentlich Gonorrhöe. Med. Klinik. 1916. Nr. 7.

Ein Übersichtsreferat berichtet über Arbeiten verschiedener Autoren, die schon von anderer Seite besprochen wurden. Hugo Hecht (Prag).

Pinkus, F. Gonorrhöe. Med. Klinik. 1916. 983.

Ein Sammelreferat. Hugo Hecht (Prag).

Schindler, Karl. Choleval und Argaldon bei der akuten Gonorrhoe. Deutsche med. Wochenschrift. Nr. 6. 1917.

Schindler stellte mit Protargol, Choleval und Argaldon vergleichende Versuche bei akuter Gonorrhoe an und fand in 2 Fällen alle Mittel unwirksam, in andern Fällen durch ungünstige Lagerung der Gonokokken die Wirkung der 3 Medikamente sehr verlangsamt und behindert, bei oberflächlicher Ansiedlung der Gonokokken je-



doch schnelle Heilungen durch alle 3 Mittel. Dennoch konnte Verf. einen Nachteil des Choleval feststellen: Dasselbe beseitigte zu früh den Ausfluß, d. h. die Hyperleukozytose, so daß die Leukozyten, welche die Gonokokken hinaustreiben sollten, zu fehlen begannen. Die Eiterkörperchen wurden zerstört, die Schleimhaut zur Epitheliasierung gebracht und die von den Leukozyten befreiten Gonokokken von auftürmenden Plattenepithelien bedeckt und der Injektionswirkung entzogen. Daraus ergab sich der gefährliche Zustand einer scheinbaren Heilung bei Gonokokkenträgern. Hingegen eignete sich das stark adstringierende Mittel gut zur Nachbehandlung der akuten Gonorrhoe. Bei Urethritis posterior wirkten alle drei Mittel gut und ohne Reizung. Verf. rät, die Kur mit Protargol oder Argaldon zu beginnen und mit Choleval zu beschließen.

Max Joseph (Berlin).

Walter, Fr. Beiträge zur Prognose und Therapie der Gonorrhöe beim Weibe. Przegląd lek. Nr. 15, 16. 1917.

Im Gegensatz zu der Meinung der Gynäkologen empfiehlt der Verf. auch in jenen Fällen von Gonorrhöe bei Weibern, in welchen die akuten Erscheinungen verschwunden sind, eine lokale Therapie der Harnröhre und des Gebärmutterhalses. Am liebsten gebraucht W. die Almkvistsche Mischung (Gummi tragac. 3·0, dest. Wasser 200·0, Spir. 2·50) mit Albargin (1%) (3 cm^3 in die Harnröhre, 2·3 cm^3 in die Gebärmutter, 20 cm^3 ad anum). Es wurden 207 Fälle von Harnröhrentripper auf diese Weise behandelt; in 114 Fällen hat die Therapie 22 Tage, in 48 — 30 Tage, in 19 — 38, in 24 — von 46 bis über 100 Tage gedauert. 102 Fälle von Gebärmutterhalsgonorrhöe wurden 20—70 Tage und nur 4 durch 80—150 Tage behandelt. In den Fällen von Analtripper wurde die Mischung durch 20—46 Tage mit Erfolg angewendet. Nur in 9 Fällen wurde während der Behandlung Reizung der Adnexa beobachtet, — die Therapie der Gebärmutter wurde jedoch nur in denjenigen Fällen unternommen. in welchen keine Adnexerkrankung klinisch konstatierbar war. Alle Bartholinitiden (81 Fälle) wurden mit Einspritzungen in die Drüsen behandelt oder die Drüsen exstirpiert. Die Skeneschen Drüsen wurden mit dem Galvanokauter gebrannt. Nebstdem wurden 16 Fälle von Vulvovaginitis der Kinder mit der Almkvistschen Methode behandelt; die Behandlung dauerte 40—160 Tage. Die Resultate in allen diesen erwähnten Fällen waren sehr günstig und ermutigend. Alle 8 Tage wurde der Behandlungseffekt kontrolliert und

die Therapie erst dann unterbrochen, wenn bei dreimaliger Untersuchung mikroskopisch keine Gonokokken gefunden wurden. In der Hälfte aller Fälle wurden die Kranken durch einen Monat oder länger nach der Behandlung beobachtet und es wurde keine Rezidive nachgewiesen.

Krzysztalowicz (Krakau).

Pakuscher. Über reaktionslose intravenöse Injektionen von Fulmargin bei den Komplikationen der Gonorrhoe. Berl. klin. Woch. 14./V. 1917. Nr. 20. p. 480.

Auf chemischem Wege hergestellte Silberkolloide (z. B. Kollargol) haben bei intravenöser Anwendung unangenehme Nebenwirkungen (Atemnot, Blutandrang nach dem Kopf, Schüttelfrost, Fieber) gezeigt. Ursache sind wahrscheinlich elektrolytische, koagulierende Verunreinigungen, Beimengung artfremder Eiweißschutzkolloide. Haltbarer, chemisch reiner und wirksamer sind die durch elektrische Zerstäubung hergestellten Kolloide. Ein sehr hochwertiges (1‰), auf diese Weise hergestelltes Silberkolloid ist das Fulmargin, das auch intramuskulär angewandt werden kann; täglich intravenös 1 Ampulle = 5 *ccm.* Bei gonorrhoischer Epididymitis und Arthritis waren schon wenige Einspritzungen sehr wirksam, namentlich in frischen Fällen. Prostatitis und ganz akute Erkrankungen wurden nicht beeinflußt.

Krakauer (Breslau).

Sachs. Otto. Über einen durch Arthigon geheilten Fall von Myositis gonorrhoica der beiden Musculi sternocleidom. und cucullares. Wiener klin. Wochenschr. 1916. Nr. 6.

Bei einem Falle von gonorrh. Prostatitis trat eine Myalgie in beiden M. sternocl. und cucullares bis zur vollständigen Unbeweglichkeit des Kopfes ein. Arthigoninjektionen 0·5—1·5 cm^3 beseitigte die Myalgie und nach weiteren 8 Tagen war die Urethritis und Prostatitis geheilt.

Viktor Bandler (Prag).

Meyer, F. M. Die Behandlung der männlichen Gonorrhoe mit Choleval. Med. Klinik. 1917. Nr. 3.

Choleval wird nach des Autors Erfahrungen im allgemeinen bei jeder Art der Darreichung gut vertragen. Es hat bakterizide zytolytische und adstringierende Eigenschaften. Choleval ist den bisherigen Silberpräparaten nicht überlegen, da auch bei seiner Anwendung Rezidive und schwer zu beeinflussende Fälle vorkommen.

Viktor Bandler (Prag).

Cornoz, G. Über Gonorrhoebehandlung. Revue médicale de la Suisse romade 1917. Nr. 6.



Verf. hat in der Klinik Dind in Lausanne verschiedene Methoden der Gonorrhoebehandlung durchgeführt und gibt seine Erfahrungen kurz wieder. Am meisten befriedigte ihn die Protargolbehandlung in starken Dosen u. zw. das Argentum proteinicum 3%. Es wird damit Morgens und Abends eine Injektion von 10 Minuten Dauer empfohlen und zwar auch im akuten Stadium. Die Injektionen sollen nicht sehr schmerzhaft sein und in durchschnittlich 27 Tagen zur Heilung geführt haben. Die Krankheit blieb in fast allen Fällen auf die Anterior beschränkt. Aber auch bei Erkrankung der Posterior und bei chronischer Gonorrhoe sollen die Erfolge gute gewesen sein.

Hegonon wird als zu kostspielig und dem Arg. prot. nicht überlegen abgelehnt, ebenso das Jodargol, dessen Wirkung unsicher sei. Auch das Persulfide d'ammoniaque in Form von 1% Irrigationen hat den Verf. keineswegs befriedigt. Ebenso soll die Vakzinetherapie in Form des Dmégon und Rhéantine in Bezug auf die gonokokkentötende Wirkung unbefriedigende Resultate ergeben haben.

Max Winkler (Luzern).

Huber, G. Über die Gonorrhoebehandlung in der Etappensanitätsanstalt Solothurn. Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte. 1917. Nr. 19. p. 593.

Huber teilt seine Erfahrungen über Gonorrhoebehandlung mit, die er in der Etappensanitätsanstalt Solothurn gesammelt hat. Er ist ein warmer Verfechter der Syrgolbehandlung (1—3‰), eines schweizerischen Silberpräparates, das die Gonokokken rasch abtötet, eine ziemliche Tiefenwirkung entfalten soll und sich durch geringe Reizbarkeit für die Harnröhrenschleimhaut auszeichne. Nach Verschwinden der Gonokokken empfiehlt er ein Adstringens besonders in Form von Zink- oder Zinkresorzinlösung. Am Schlusse Provokation 2—3 mal vermittels 1 bis 2% Arg. nitric.-Injektionen. Mit diesem Verfahren will er bei Urethritis gonorrhoica anterior in durchschnittlich etwa 4 Wochen Heilung erzielt haben. Auch die Behandlung der Komplikationen der Gonorrhoe wird kurz besprochen, die nichts neues aufweist. Erwähnt mag werden, daß Huber bei 3 Fällen von Epididymitis mit sterilen intramuskulären Milchinjektionen — 10 *ccm* — eine Verkürzung der Heilungsdauer von 1—2 Wochen gesehen haben will. Mit Recht perhorresziert Verf. die noch vielfach von Apothekern und praktischen Ärzten gepflegte leichtfertige Art der Gonorrhoebehandlung (keine mikroskopische Untersuchen, kritikloses Spritzen mit Adstringentien vom Beginn der Erkrankung an usw.). Max Winkler (Luzern).



Pundt. Über Choleval. Zeitschr. f. Urologie. 1917. Bd. XI. p. 49.

Auf Grund seiner Beobachtungen an 40 Patienten hält P. das Choleval für ein den anderen Antigonorrhoicis überlegenes Mittel. Es wurde im allgemeinen sehr gut vertragen. Es traten rasche Verminderung und Gonokokkenfreiheit des Sekrets ein, Heilungen in relativ kurzer Zeit. Empfohlen werden $^1/_2{}^0/_0$ige Einspritzungen und die Janetsche Spülung mit $0{\cdot}1^0/_0$iger Lösung.

Silberstein (Breslau).

Dreuw. Ein neues System der Gonorrhoebehandlung. Zeitschr f. Urologie. 1917. Bd. XI. p. 54.

Zu antiseptischen Dauerspülungen unter steter Kontrolle der Temperatur verwendet Verf. ein durch zwei Wegehähne mit Kalt- und Warmwasserleitung verbundenes, mit einem Thermometer versehenes Mischgefäß, in welches vermittels einer daran befestigten Spritze die konzentrierte Desinfektionsflüssigkeit in gewünschter Menge hineingedrückt werden kann. Ein an dem Gefäß angebrachter Abflußschlauch wird mit den Behandlungs- oder Spülinstrumenten für Harnröhre, Scheide, Zervix usw. verbunden. Als Ansatzinstrumente werden die vom Verf. bereits früher (Prager med. Wochenschr. Nr. 52. 1913) empfohlenen Instrumente verwendet, durch die neben einer Berieselung eine für die Behandlung der Harnröhrenschleimhaut wichtige Vibrationsmassage und eine Saugwirkung erzielt werden. Für die Prostatabehandlung wird die digitale Elektromassage empfohlen. Um Massage, Gefühl und Faradisation miteinander zu vereinigen, benutzt Verf. ein papierdünnes, löffelartig gestanztes Metallplättchen, welches mit Paragummi an der Fingerkappe befestigt wird Ein dünner Metallfaden stellt die Verbindung des Plättchens mit der einen Elektrode des faradischen Apparates her, während die andere Elektrode in der Hand gehalten wird.

Verf. sah bei Anwendung der angeführten Hilfsmittel Gonorrhöen schwinden, die jeder anderen Behandlung getrotzt hatten. Silberstein (Breslau).

Dreuw. Dosierungstripperspritze mit Tagesfüllung. Therapie der Gegenwart. 1917. H. 5. p. 168.

Dreuw empfiehlt eine 30 cm^3 fassende Salbenspritze mit Korkstempel. Nach jedem Urinieren injiziert sich der Patient 5 cm^3 u. zw. zunächst $2^0/_0$ Arg. protein.-Salbe, dann Zinc. sulf. 1·0, Plumb. acet. bas. 2·00, Arg. protein. 1·00, Salbenmasse ad 200·00, endlich Zinc. sulf. 1·00, Plumb. acet. bas. 2·00, Salbenmasse ad 200·00. Zur Abortivbehandlung

wird eine 6%ige Arg. protein.-Salbe benützt. (Die Spritze erzeugt Max Ludewig & Co., Charlottenburg, Grolmannstr. 3.)

Walther Pick (Wien).

Reiter, H. Kann eine Verbreitung der Gonorrhoe und der hiermit verknüpfte Geburtenrückgang nach Friedensschluß eingeschränkt werden? Deutsche med. Woch. Nr. 22. 1917.

Der Gefahr, welche die Rückkehr nicht geheilter gonorrhoischer Soldaten für die Heimatsbevölkerung und mittelbar für die Verminderung der nächsten Generation darstellen würde, sucht Reiter durch den Ratschlag zu begegnen, solche Patienten bis zur Heilung in Etappenlazaretten zurückzubehalten. Zur Feststellung des völligen Verschwindens der Gonokokken dürfte die Reizung spezifischer Krankheitsherde durch Vakzineinjektionen gute Dienste tun.

Max Joseph (Berlin).

Lundsgaard, K. K. K. Die Prophylaxe der gonorrhoischen Ophthalmoblennorrhoea bei Neugeborenen. Ugeskrift for Läger. 1917. Nr. 36. p. 1496—1497.

Verf. meint, daß die Credésche Prophylaxe nicht nur überflüssig, sondern vielleicht sogar schädlich ist, weil die Prozentzahl der Blinden in Dänemark vor und nach der Einführung der Credéschen Prophylaxe ganz unverändert ist.

Haralo Boas (Kopenhagen).

Ehlers. Die Prophylaxe der gonorrhoischen Ophthalmoblennorrhoea bei Neugeborenen. Ugeskrift for Läger. 1917. Nr. 37. p. 1544.

E. meint ebenso wie Lundsgaard, daß die Credésche Prophylaxe überflüssig ist.

Harald Boas (Kopenhagen).

Höeg. Die Prophylaxe der gonorrhoischen Ophthalmoblennorrhoea bei Neugeborenen. Ugeskrift for Läger. 1917. Nr. 39. p. 1624—1625.

Verf. weist nach, daß, wenn auch die Prozentzahl der Blinden in Dänemark vor und nach der Einführung der Credéschen Prophylaxe unverändert ist, man doch nicht daraus schließen könne, daß die Zahl der Fälle von Ophthalmoblennorrhoea auch unverändert ist. Möglicherweise ist die Keratomalacie die Ursache der Blindheit.

Harald Boas (Kopenhagen).

Hauch. Über Ophthalmoblennorrhoea bei Neugeborenen. Ugeskrift for Läger. 1917. Nr. 39. p. 1625—1628.

Verf. hat das große Material der königlichen Entbindungsanstalt in Kopenhagen untersucht und weist nach,



daß die Prozentzahl der gonorrhoischen Ophthalmoblennorrhoea nach Einführung der Credéschen Prophylaxe von 8·2 auf 0·4 gefallen ist. Harald Boas (Kopenhagen).

Kindborg. Zur Technik des Gonokokkennachweises. Zentralbl. f. Bakt. Bd. LXXX. p 188.

10 cm^3 gesättigte alkoholische Thioninlösung in 50% Alkohol werden mit 100 cm^3 1% Karbolwasser vermischt. In dieser Mischung der Objektträgerausstrich 1 Minute lang gefärbt. Abspülen. Abtupfen mit Fließpapier. Aufträufeln alkalischer Pikrinsäurelösung (gesättigte wäßrige Lösung mit 1‰ Kalilauge $\overline{aa}$) 1 Minute. Kurzes Übergießen mit Alkohol, Wasserspülung, Trocknen etc. Gonokokken dunkelbraun (sepiafarben), alle anderen Bakterien rot.

Walther Pick (Wien).

Stümpke, Gustav. Über die Beziehungen zwischen Harnröhrenwucherungen und Gonorrhoe beim Weibe. Berliner klin. Woch. Nr. 50. 10./XII. 1917. p. 1194.

Bei 11 Fällen weiblicher Urethralgonorrhoe fanden sich spitze Kondylome bzw. polypöse Wucherungen an der Harnröhrenmündung, gleichzeitig hartnäckiger Gonokokkenbefund. Entfernung der Wucherungen ist daher angezeigt und erfolgreich. Krakauer (Breslau).

Kall, Kurt. Die Cholevalbehandlung der Gonorrhoe. Deutsche med. Woch. Nr. 40. 1917.

Kall kennzeichnet das Choleval als ein wenig reizendes, aber nicht sehr bakterizides Silberpräparat, welches nicht bedingungslos bei jeder Gonorrhoe zu empfehlen ist. Zur Behandlung der frischen Fälle erscheint es besonders geeignet, aber auch zur Nachbehandlung, wo es auf eine adstringierende Wirkung ankommt, die die Eiterabsonderung vermindern soll. Bei chronischer Gonorrhoe tat das Choleval neben der Heizsonde gute Wirkung. Bei schweren Posteriorerkrankungen bewährte es sich vorzüglich in Form von 2—5% Instillationen in die hintere Harnröhre.

Max Joseph (Berlin).

Schäfer, F. Vergleichende Versuche mit verschiedenen Zinksalzen bei Gonorrhoe. Therapeut. Monatsh. 1917. H. 9. p. 385.

Empfehlung von Zibosal (borylsaurem Zink), das die Behandlung „ganz bedeutend" verkürzen soll. (Wieder einmal eine Verkürzung! Ref.)

Sigismund Bochyński (Würzburg).

Lüth, W. Die Therapie der Gonorrhoe mit Hegonon. Deutsche med. Woch. Nr. 45. 1917.



Lüth betont die schnelle Abtötung der Gonokokken durch Hegonon. Setzte die Kur am ersten Krankheitstage ein, so beseitigte eine Einspritzung die Gonokokken, eine zweite am nächsten Tage beendigte die Behandlung. Am zweiten Krankheitstage bei schleimig-eitrigem Sekret, aber noch extra-zellulären Gonokokken, wurde die Behandlung mehrere Tage fortgesetzt. Kam der Pat. am 3. bis 5. Tage zur Behandlung, so wurde an zwei Tagen eine 3% Injektion vorgenommen, wonach die Gonokokken verschwanden, dann ½% Lösung erst einmal, dann dreimal täglich eingespritzt; am 5. Tage ½% Arg. protein. oder Protargol angewandt. Provokationen mit Arthigon stellten die Heilung fest, die meist am 16. Tage eintrat. Als Reagens wirkte auch die Schutzimpfung gegen Cholera und Typhus.

Max Joseph (Berlin).

Nast, E. Zur Fiebertherapie der kindlichen Gonorrhoe. Therap. Monatsh. 1917. H 11. p. 449.

7 Kinder wurden mit Weißschen Bädern behandelt. (Zahl der Bäder 3—14, Temperatur 42—43°, Dauer 1 Stunde.) Keines wurde gonokokkenfrei, dagegen traten einmal bedrohliche Erscheinungen auf; deshalb Ablehnung.

Sigismund Bochyński (Würzburg).

Bendix, B. Zur Fieberbehandlung der Vulvovaginitis gonorrhoica bei kleinen Mädchen. Therap. Monatsh. 1917. Heft 5. p. 209.

Es handelte sich um ein 4½jähriges Mädchen, das die Gonorrhoe in einem Erholungsheim akquirierte. Das Kind bekam innerhalb von 15 Tagen 12 Bäder von 42° C. Es saß bis zur Schulter im Wasser. Die Körpertemperatur erreichte 40—41°. Der Puls stieg während des Bades auf 180—200, um nach dem Bade bald auf 100—120 zu fallen. Der Appetit blieb gut. Das Gewicht ging anfangs in die Höhe, dann begann es zu fallen und betrug am Schluß der Kur 150 *g* weniger als zu Beginn. Nach dem 12. Bade war kein Ausfluß mehr vorhanden, Gonokokken konnten nicht mehr gefunden werden. 25 Tage nach dem ersten negativen Befunde wurde das Kind als geheilt aus der Klinik entlassen. Sigismund Bochyński (Würzburg).

Müller, R. und *Weiß,* A. Fieberbehandlung gonorrhoischer Komplikationen. Wiener klin. Woch. 1916. Nr. 9.

Die Autoren haben 40 Fälle gon. Komplikationen mit Milchinjektionen (10 cm^3 intraglutaeal) und 11 Fälle mit Natrium nucleinicum behandelt. Die Erfahrungen haben bei diesen Versuchen gelehrt, daß durch die Injektion unspezifischer, fiebererzeugender Eiweißkörper ein eklatanter



therapeutischer Erfolg bei gonorrhoischen Komplikationen zu erzielen ist. Viktor Bandler (Prag).

Ylppö, A. Über die „Fieberbehandlung" der Vulvovaginitis gonorrhoica bei kleinen Mädchen. Therap. Monatsh. 1916. Heft 12. p. 580.

Krankengeschichte eines durch heiße Bäder günstig beeinflußten Falles von Vulvovaginitis und Proctitis gonorrhoica ($4\frac{1}{2}$ jähr. Mädchen). Nach 7 einstündigen Bädern von 41—42° Celsius verschwanden die Gonokokken aus der Vulva und dem Rektum. Vorsichtshalber wurde die Bäderbehandlung noch 8 Tage lang fortgesetzt. Die Körpertemperatur des Kindes (in der getrockneten Achselhöhle gemessen) betrug gegen Ende des Bades meist etwa 41°, entsprach also ungefähr der Temperatur des Badewassers, was aber nur dann zu erreichen war, wenn das Kind mindestens bis zur Mammilla im Wasser gehalten wurde. Bei spasmophiler Diathese, bei Erkrankungen der Zirkulations- und Atmungsorgane ist Vorsicht geboten.

Sigismund Bochyński (Würzburg).

Heusner, Hans L. Behandlung der Gonorrhoe und ihrer Nebenerkrankungen mit Wärme. Deutsche med. Woch. Nr. 11. 1917.

Die Behandlung der Gonorrhoe durch die strahlende Wärme hochkerziger Glühlampen führte Heusner mittels einer einfachen Methode mit gutem Erfolge durch. Die Genitalgegend wurde in einem Abstand von 60 *cm* etwa eine Stunde lang bestrahlt, bei eintretendem Kopfschmerz kürzere Zeit. Eine Abbildung veranschaulicht die Lampe und ein Vorhangsstativ. Durch Verbindung mehrerer Stative kann ein Lichtbadekasten hergestellt werden. Zur Behebung der Impotenz schien die Solluxlampe ebenfalls gute Dienste zu leisten. Als internes Mittel gegen Gonorrhoe empfiehlt Verf. rohe Ziegenmilch, welche den Ausfluß verringere, zu Einspritzungen das Choleval Merck.

Max Joseph (Berlin).

Boerner, R. und *Schmidt*, H. E. Technik und Erfolge der Diathermie bei der männlichen Gonorrhoe und ihren Komplikationen. Strahlentherapie. Bd. VII. p. 266, 1916.

Nach Darlegung des Prinzips der Diathermie wird die spezielle Technik der D. der männlichen Harnröhre uud ihrer Adnexe besprochen. Die klinischen Erfahrungen ergaben sich besonders günstig bei den schwersten Fällen von den übrigen Mitteln trotzenden Formen der chronischen Gonorrhoe und ihren Komplikationen. Bei der frischen G. dient die Diathermie zur wirk-



samen Unterstützung der medikamentösen Therapie. Bei akuter Epididymitis, Spermazystitis und gonorrhoischer Arthritis ist die D. kontraindiziert.

Die Gefahr der intraurethralen Verbrennung sowie die lange Dauer der kostspieligen Behandlungsmethode läßt dagegen unseres Erachtens nach das Verfahren noch nicht verallgemeinern. F. Schaefer (Breslau).

Schürmann, W. Die Thermopräzipitinreaktion als Diagnostikum bei Gonorrhoe, insbesondere bei chronischer Gonorrhoe. Deutsche med. Woch. Nr. 12. 1917.

Bei fortgesetzten Versuchen mit der Thermopräzipitinreaktion bemerkte Schürmann, daß die beschriebene Ringbildung auch bei Extrakten aus nicht gonorrhoischem Eiter und auch bei Überschichtung des Gonokokkenserums mit normaler Bouillon auftrat. Es ist anzunehmen, daß der positive Ausschlag auf einem gegen Menscheneiweiß gerichteten Antikörper beruht. Verf. will versuchen, durch die Immunisierung eines Serums mit Gonokokken, die einem menscheneiweißfreien Nährboden entstammen, die Störung auszuschalten. Max Joseph (Berlin).

Emmerich, E. Die diagnostische Verwertbarkeit der Thermopräzipitinreaktion nach Schürmann bei chronischer Gonorrhoe. Deutsche med. Woch. Nr. 19. 1917.

Die von Schürmann empfohlene Thermopräzipitinreaktion konnte Emmerich bei Nachprüfung als diagnostisches Hilfsmittel bei Gonorrhoe nicht geeignet finden. Sichere Gonokokkenfälle ergaben ihm manchmal eine negative und sicher negative Kontrollfälle gelegentlich positive Reaktion. Infolge dieser beschränkten diagnostischen Verwertbarkeit läßt sich die Methode für forensische Zwecke oder zur Beurteilung der Behandlung nicht empfehlen.

Max Joseph (Berlin).

Galli-Valerio. Die Thermopräzipitinreaktion als Diagnostikum bei Gonorrhoe. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte. 1917. Nr. 25. p. 805.

Galli-Valerio hat die von Schürmann empfohlene Methode der Gonorrhoediagnose mittels der Thermopräzipitinreaktion nachgeprüft und kommt zum Schlusse, daß der Methode eine diagnostische Bedeutung für die Gonorrhoe nicht zugesprochen werden könne. Verf. empfiehlt, neue Untersuchungen mit nicht karbolisierten Antigonokokkensera anzustellen. Max Winkler (Luzern).



Nicht venerische Erkrankungen der Harn- und Geschlechtsorgane.

Praetorius, G. Notiz beteffend Beziehungen zwischen Prostatahypertrophie und Hoden. Med. Klinik. 1916. Nr. 22.

Ein 75 Jahre alter Mann hat vor ungefähr 40 Jahren durch Fall auf den Damm eine schwere Quetschung des rechten Hodens mit nachfolgender starker Atrophie erlitten. Die rechte Hälfte der Prostata ist nun hypertrophiert und reicht genau bis zur Mittellinie. Zystokopisch sieht man die linke Hälfte des Mittellappens bis fast genau zur Hälfte vergrößert. Hugo Hecht (Prag).

Praetorius, G. Neue Methoden zur Behandlung der Blasenpapillome. Med. Klinik. Nr. 24.

Es werden einesteils intravenöse Mammininjektionen zur Blutstillung empfohlen, andererseits zur Nekrotisierung der Papillomzotten Einbringung von 20%iger Kollargollösung in die entleerte Blase. Hugo Hecht (Prag).

Bloch, Iwan. Weitere Mitteilungen zur Behandlung der sexuellen Insuffizienz mit Testogan und Thelygan. Med. Klinik. 1916. Nr. 3.

Es werden eigene Erfahrungen und solche von Kollegen mitgeteilt, die den Gebrauch der erwähnten Mittel als aussichtsreich erscheinen lassen.

Hugo Hecht (Prag).

Rothschild, A. Harnröhrenwunden und Verweilkatheter. Med. Klinik. 1916. Nr. 5.

In manchen Fällen erfolgt Spontanheilung der Fisteln. Meist aber muß kathetrisiert werden, mitunter empfiehlt es sich, Dauerkatheter einzulegen; das wird in den einzelnen Fällen stets individuell zu beurteilen sein. Doch muß der Dauerkatheter stets auf seine Funktion kontrolliert und die Blase öfters gespült werden. Bei unreinen Wunden ist es zweckmäßig, hinter der Wundöffnung eine Urethrotomia externa zu machen und so den Katheter einzuführen.

Hugo Hecht (Prag).

Praetorius, G. Über „chronische Zystitis". Med. Klinik. 1916. Nr. 12.

Der gebräuchliche Ausdruck „chronische Zystitis" hat viel Unheil angerichtet, da dadurch oft minder Erfahrene veranlaßt werden, die diagnostische Arbeit abzuschließen, wenn sie eigentlich beginnen sollte. P. schlägt eine andere Einteilung vor, in einfache und komplizierte Zystitiden.





Erstere heilen oft nach Einleitung zweckmäßiger Behandlung bald. Komplikationen werden hervorgerufen durch

I. Verletzungen, Tumoren und Fremdkörper;

II. Retentionen (mechanischer oder nervöser Natur, Erkrankungen der Blasenmuskulatur, Divertikel);

III. fortgeleitete Entzündungen (per continuitatem, per contiguitatem). Hugo Hecht (Prag).

Mankiewicz. Massenblutungen in das Nierenlager. Med. Klinik. 1916. Nr. 8.

Zusammenfassung der bis jetzt bekannt gewordenen Fälle — ungefähr 35. Doch ist die Aufstellung eines einheitlichen Krankheitsbildes nicht möglich. Die Diagnose wurde erst zweimal in-vivo gestellt. Als relativ aussichtsreichste Therapie hat sich die Operation erwiesen.

Hugo Hecht (Prag).

Berg, Georg. Zur Hämaturie nach Kriegsverletzung. Med. Klinik. 1916. Nr. 17.

Bei einem Falle von Brustschuß zeigte sich erst 8 Wochen nach der Verletzung Blut im Harn. Dabei bestanden Schmerzen im Kreuz. In der linken unteren Rippengegend war eine Geschwulst sichtbar. Die operative Bloßlegung der linken Niere zeigte als Ursache eine Kompression und als Folge Stauung, Entzündung, Blutung. Nach Fixierung der Niere trat Heilung ein.

Hugo Hecht (Prag).

Praetorius, G. Zur Versorgung der permanenten Blasenfistel. Deutsche med. Woch. 11. 1917.

Für die Träger permanenter suprapubischer Blasenfisteln bildete das Problem der Befestigung des Katheters bisher einen sehr lästigen Übelstand. Verf. machte eine kleine Zusatzoperation nach Königscher Methode, indem er einen versenkten Hautlappen aus einem gestielten Lappen bildete und mit einer nahtlosen Hautbrücke überdeckte. Max Joseph (Berlin).

Roth, Max. Fremdkörper in der Harnröhre und Blase. Berl. klin. Woch. Nr. 10. 1917. p. 236.

Bei einem 47j. Manne wurde ein 13 *cm* langer Thermometer, der angeblich zur Fiebermessung am Tage zuvor in die Harnröhre eingeführt und dann nach innen geglitten war, durch Urethrotomia externa leicht entfernt. Die auch sonst beobachteten zentripetalen Lageveränderungen von Harnröhren-Fremdkörpern werden in Übereinstimmung mit anderen Beobachtern dadurch erklärt, daß durch Berührung des wahrscheinlich ein erogenes Zentrum enthaltenden Kollikulus Erektionen ausgelöst werden, die sozusagen aspirierend wirken. Ein II. Fall betrifft ein 16j. Mädchen,

das seit 3 Monaten an hartnäckigen zystitischen Beschwerden leidet, für die jede, auch anamnestische, Erklärung fehlt. Zystoskopie ergibt eine größtenteils inkrustierte, mit den Spitzen in die Blasenwand eingespießte Haarnadel, die mit der Fremdkörperzange entfernt werden konnte. Der III. Fall bezieht sich wieder auf einen Mann, dem Praetorius (Hannover) einen 4 Wochen zuvor in die Harnröhre eingeführten und in die Blase gewanderten, 29 *cm* langen Fidibus, der starke Zystitis hervorgerufen hatte, entfernte. In allen 3 Fällen handelte es sich wohl um Masturbation. Krakauer (Breslau).

Küttner, Hermann. Weitere Beiträge zur Kenntnis der spontanen Genitalgangrän bei Kriegsteilnehmern. Berl. klin. Woch. Nr. 10. 1917. p. 225.

Im Anschluß an seine frühere Veröffentlichung wurde K. in die Lage versetzt, zwei entsprechende Fälle zur Kenntnis zu bringen. Der erste betraf einen an Fleckfieber leidenden russischen Kriegsgefangenen und ging in Heilung aus. Der zweite einen deutschen Oberbayer, bei dem sich echte Fourniersche Gangrän der gesamten Penis- und Skrotalhaut einschließlich des Septum einstellte; er erlag einer Streptokokkensepsis, ausgehend von einer Thrombose der Venen am Penis, Skrotum und dem freigelegten Samenstrang. Bei zwei von Kollegen beobachteten Fällen, die Verwundete betrafen, komplizierte sich der Verlauf durch Gasphlegmone. Die Verlaufsähnlichkeit legt den Gedanken nahe, daß auch bei der spontanen Fournierschen Gangrän Anaerobier ätiologisch in Betracht kommen.

Krakauer (Breslau).

Juliusberg, Fritz und *Stetter*, Karl. Über nervöse Blasenstörungen bei Soldaten. Berl. klin. Woch. Nr. 11. 17./III. 1917. p. 256.

228 beobachtete Fälle werden eingeteilt in die Gruppen Pollakisurie (133), Enuresis (87) und Dysurie (8). Die Pollakisuriegruppe umfaßt 3 Unterabteilungen: 1. die der reinen Pollakisurie; 46 Fälle, 41 gaben als Ursache Erkältung an; bei fast keinem ergab sich ein objektiver Befund; 2 die der Pollakisurie verbunden mit Inkontinenz; 61 Fälle; auch sie hatten früher keine Störungen und führten meist das Leiden auf Erkältungen zurück; von ihnen hatte die Hälfte Restharn, bei denen die Propulsionskraft des Harnstrahles gering war, bis zum dauernden Harnträufeln; Ausdrückbarkeit der Blase bestand nie; 3. die der Pollakisurie als Rezidiv, welches auch durch Erkältung ausgelöst wurde; 26 Fälle; 40% hatten Resturin, Ausdrückbarkeit der Blase keine.



Enuresis hatten 87, die meist seit der Kindheit bestand; häufig mit erblicher Belastung, selten aber mit genitalen Mißbildungen; die Hälfte hatte Restharn. In 19 Fällen trat die E. als Rezidiv nach Erkältung auf; in 7 weiteren Fällen mit starker Pollakisurie.

Dysurie hatten 8, die Katheterismus, meist nur kurze Zeit, nötig hatten; 3 hatten Sphinkterpasmus. Die Hälfte erkrankte nach Durchnässung.

Viele der Kranken waren keine Feldzugsteilnehmer.

Die Enuresis ist keine reine Erkältungsfolge; die Durchnässung ist nur das auslösende Moment. Die meisten Kranken waren sonst frei von jeden körperlichen Mängeln; nie fand sich Erblues.

Die Zahl der wirklichen Enuretiker ist unter den Soldaten viel größer als den beobachteten Fällen entspricht, da sich viele gar nicht melden, auch alle Feldzugstrapazen mitmachen. Als Behandlung kommt Wärmeapplikation in verschiedensten Formen in Betracht, Nervina und Sondenbehandlung. Krakauer (Breslau).

Schwarze. Zur Behandlung nervöser Störungen der Urinabsonderung durch Anästhesierung des N. pudendus. Deutsche med. Woch. 31. 1917.

Für die zahlreichen Blasenstörungen in Form von Enuresis und Pollakisurie bei unseren Soldaten empfiehlt Verf. die Pudendusanästhesierung. Die Ausführung ist einfach: Einstich am hinteren inneren Rande des Sitzbeinknorrens etwa 5–6 *cm* tief und beiderseits Einspritzung von 4—5 *ccm* 1% Novokain-Suprareninlösung.

Max Joseph (Berlin).

Levin, Ernst. Enuresis nocturna bei einem Erwachsenen mit angeborenem Mangel der Vorsteherdrüse. Deutsche med. Woch. Nr. 9. 1917.

Der aus gesunder Familie stammende 17jährige Pat. Levins zeigte merkwürdig schwach entwickelte Geschlechtsorgane und litt von Kindheit an unter Bettnässen. Die Untersuchung ergab völliges Fehlen der Vorsteherdrüse. Der Fall erwies sich bei eingehender Beobachtung nicht als Myeolodysplasie, da die Syndaktylie fehlte, Sensibilität und Reflexe normal und die Symptome einer Spina bifida occulta nicht vorhanden waren. Vielmehr war der Prostatamangel und die daraus hervorgehende unzureichende Sphinkterenbildung die deutlich erkennbare Ursache der Enuresis. Max Joseph (Berlin).

Schneider, C. Anästhesierung der Blase mit Encupin. Berl. klin. Woch. Nr. 21. p. 509. 21./V. 1917.



Das von Morgenroth unter dem Namen Encupin dargestellte Isoamylhydrocuprein, eine dem Optochin verwandte Chininverbindung, wirkt in 1% bzw. 2% steriler öliger Lösung auch auf die tuberkulöse Blasenschleimhaut gut anästhesierend. Täglich wurden 5—10 *ccm* eingebracht; Vergiftungserscheinungen traten nicht auf. Bei schwer zu sondierenden Harnröhrenstrikturen bewährte sich 3% Encupinöl, nur muß man die Lösung entsprechend lange einwirken lassen. Krakauer (Breslau).

Hofmann, Willy. Über die Anwendung des Encupins in der urologischen Therapie. Berliner klin. Woch. 17./IX. 1917. p. 913. Nr. 38.

5—10 *ccm* einer 1—3%igen Lösung von Encupin. basic. setzte bei Blasen- und Nierentbk. die Schmerzhaftigkeit herab, verminderte den Harndrang, vergrößerte die Blasenkapazität. Die Wirkung beruht auf der Anästhesie, welche auch bei der Zystoskopie, Strikturbehandlung und endovesikalen Eingriffen sich zeigt, ja selbst im Ureter und Nierenbecken. Krakauer (Breslau).

Strauß, H. Zur Pathologie der Bilharziaerkrankung. Berl. klin. Woch. 14./V. 1917. Nr. 20. p. 477.

Bei einem an Bilharzia leidenden Ägypter waren kystoskopisch, auf der Blasenschleimhaut eingelagerte Eier und durch sie verursachte Papillome gut sichtbar. Englische und japanische Untersucher haben festgestellt, daß dem Bilharziaerreger als Zwischenwirt gewisse Schneckenarten (Planorbis, Melania, Limnaea etc.) dienen. Infektionsversuche ergaben bei Ratten, Mäusen, Meerschweinchen und Mangabeaffen positive Resultate. In dem von Strauß beobachteten Falle zeigte sich, daß das Blutserum gegenüber den ausgeschlüpften Mirazidien ausgesprochen lytisch wirkte, auch nach Inaktivierung. Anscheinend findet also ein chemischer Austausch in die Körpersäfte statt. Es liegt nahe, infolgedessen an therapeutische und diagnostische Möglichkeiten zu denken. Krakauer (Breslau).

Heitzmann. Metaplastischer Knochen im Vas deferens. Zentralbl. f. allgem. Pathol. u. pathol. Anat. 28, 13. p. 333.

Verf. fand bei einem 25jährigen Soldaten neben anderen Symptomen überstandener Gonorrhoe eine durch fibröses, elastinreiches Gewebe völlig verschlossene Stelle im linken Samenleiter kurz vor dessen Übergang auf die hintere Blasenwand. Oberhalb der Atresie war das Vas deferens im Bereich von einigen Millimetern derart hart, daß man es erst nach Entkalkung schneiden konnte. Das merkwürdigste im mikroskopischen Bild war, daß hier das

Lumen von zwei sichelförmigen Knochenspangen umgeben. während die Schleimhaut fast völlig zugrunde gegangen war. Wie an anderen Schnitten festgestellt werden konnte, war die Tunica propria in eine sklerotische Masse umgewandelt; diese ist demnach an der oben erwähnten Stelle in Knochen übergegangen. Bei diesem Vorgang der Metaplasie findet, wie Verf. mit M. B. Schmidt sagt, „keine Neubildung von Zellen und Interzellularsubstanz statt, sondern das vorhandene Gewebe wird umgeprägt; die Faserbündel des Bindegewebes verdichten sich zu einer homogenen Interzellularsubstanz mit zackigen Höhlen und die vorhandenen Zellen nehmen die Gestalt zackiger Knochenkörperchen an“.

Sigismund Bochyński (Würzburg).

Berger, H. Urethra duplex. Zeitschr. f. Urologie. 1917. Bd. XI. p. 81.

Verf. veröffentlicht einen jener seltenen Fälle von Urethra duplex, bei dem die abnorme Harnröhre annähernd in derselben Länge wie die normale Harnröhre und dorsal von ihr verläuft. Auch aus ihr erfolgt Urinentleerung, die sich mit zunehmendem Wachstum und Kräftigung des Musc. compr. vesic. int. allmählich aus relativer Inkrutinenz zur willkürlichen Entleerung entwickelt hat. Dagegen sind die Expulsionskraft und die Propulsion des Urinstrahles bei der oberen Harnröhre geringer, weil einerseits der Musc. detrusor ves. nur in einem Segment wirken kann, andererseits die Harnröhrenmuskulatur (Musc. sphinct. urethrae) fehlt. Der Fall kam wegen Tripperinfektion beider Harnröhren zur Beobachtung. Silberstein (Breslau).

Majerus, Karl. Ein Fall von neuropathischer Nierenblutung. Deutsche med. Woch. Nr. 28. 1917.

Die 21jährige kräftige Patientin Majerus' hatte eine Infektion von Kolibakterien überstanden und machte einen hysterischen Eindruck. Unter heftigen Schmerzen und Erbrechen traten 3—4 Tage dauernde Hämaturien auf. Tuberkulose, Steine, Tumor und Nephritis wurden durch sorgfältigste Untersuchung ausgeschlossen. Da die Schmerzen nicht den Charakter von Koliken trugen, psychisch leicht zu beeinflussen waren und eine Heilung erfolgte. als man den Beschwerden der Pat. weniger Beachtung zu schenken begann, nimmt Verf. bei der sichtlich hysterischen Kranken eine neuropathische Ursache der Blutungen an.

Max Joseph (Berlin).

Seyberth, Ludwig. Beitrag zur Operation der diffusen Hypertrophie der Prostata mit Urinretention. Berl. klin. Woch. Nr. 38. p. 920. 17./IX. 1917.



Handelt es sich um ein gut abgekapseltes Fibroadenom, so liefert die Freyersche Ausschälung nach Sectio alba, ev. vom Damm aus in medullarer Anästhesie gute Ergebnisse. Liegt aber eine nicht abgrenzbare, diffus weiche Vergrößerung, namentlich mit Ventilverschluß des Mittellappens, vor, so ist die konservative Katheterbehandlung vorzuziehen. Günstig wirkt außerdem zuweilen Röntgentiefenbestrahlung. Bottinische Operation soll bis zu 50% Erfolge geben. Bei 2 Herren von 64 bzw. 70 Jahren wirkte folgendes Verfahren sehr günstig: Sectio alta, Hervordrängen der Drüse vom Mastdarm aus, Einbrennen einer Rinne in den Mittellappen mittels Thermo- oder Galvanokauter, Dauerkatheter, Schließen der Operationswunde bis auf ein kleines Loch für den Hebedrain, übliche Nachbehandlung.

Krakauer (Breslau).

Gerson. Zur Therapie der Phimose. Die Therap. d. Gegenw. 1917, p. 344.

Gerson empfiehlt für jene Fälle, in welchen die Phimose auf einen einschnürenden Ring in der Vorhaut zurückzuführen ist, die Spaltung desselben und quere Naht.

Walther Pick (Wien).

Langemak. Zur Operation der Phimose. Dtsch. med. Woch. Nr. 40. 1917.

Die Methode, welche Langemak empfiehlt, ist etwa folgende: Spannung der Penishaut durch Ziehen nach der Wurzel zu, Umschneidung des äußeren Vorhautblattes hinten oder in Höhe der Corona glandis bis auf die Gefäßschicht, Fassen des äußeren Vorhautblattes mit zwei Gefäßklemmen und Abziehung des Blattes unter stumpfer Ablösung nach vorn über die Eichel. Das entstandene Rohr wird durch Längsschnitt bis zur Mitte der Eichel gespalten, die beiden Halbrinnen umgeschlagen und das Überschüssige vom äußeren Blatte durch Querschnitte abgetragen, hierauf die freien Ränder der Lappen mit der Haut des Penisschaftes vernäht. Auf diese Weise kann die nach hinten liegende Nahtlinie sauber gehalten werden und der Rand der Vorhaut bleibt ohne Narbe.

Max Joseph (Berlin).

Rohleder, Hermann. Heilung von Homosexualität und Impotenz durch Hodeneinpflanzung. Deutsche med. Woch. Nr. 48. 1917.

Nachdem im Experiment das Entstehen der Bisexualität an Tieren erklärt wurde, weist Rohleder darauf hin, daß auch bei bisexuell veranlagten Menschen eine zwittrige Keimdrüse zugrunde liegen könne und hier mit der Behandlung des für die Leidenden in sozialer Hinsicht

furchtbaren Übels eingesetzt werden müsse. Verf. glaubt durch Hodeneinpflanzung den Geschlechtstrieb in einen männlichen umwandeln zu können. Die Organotherapie versagte bei Bisexuellen, weil der chemische Prozeß, den die Präparate zwischen Entnahme und Einverleibung durchmachen, die inneren Drüsensekrete schädigen. Transplantationen und Implantationen von Pubertätsdrüsengewebe, am besten mit einem kryptorchen Hoden, wenn angezeigt nach Entfernung des zwittrigen Hodens, müßten zum Ziele führen. Bei organischer Impotenz hilft nur eine Operation. Wo aber eine Schrumpfung des Hodenzwischengewebes vorliegt, sei eine Hodeneinpflanzung von Nutzen. Dagegen wirkten bei psychischen, nervösen Formen neben Yohimbin, Testogan und Hormin. Verf. kann bereits über einen Fall von Heilung der Homosexualität mit Hodeneinpflanzung durch Steinach berichten. Ein anderer Fall betrifft die Zertrümmerung der Hoden durch Gewehrschuß bei einem Krieger, der nach Einpflanzung eines kryptorchen Hodens die verloren gegangenen sekundären Geschlechtserscheinungen wieder erlangte. Max Joseph (Berlin).

Sachs, Theodor. Therapeutische Mitteilungen. Berl. klin. Woch. Nr. 44. 29./X. 1917. p. 1057.

I. Zur Reposition der Paraphimose. Sie gelingt bei sehr hochgradigen Fällen (starkes Ödem, gangräneszierender Schnürring) doch noch in Oberstsche Leitungsanästhesie.

II. Über eine neue kombinierte Überhäutungssalbe. Als solche bewährte sich:

Pellidol . . . 2·0,
Protargol . . 8·0,
Xeroform . 10·0,
Vaseline ad 100·0,

bei der Lupusbehandlung empfiehlt sich noch ein Zusatz von 3—5% Lenigallol. Krakauer (Breslau).

Buchanzeigen und Besprechungen.

Igersheimer, J. Syphilis und Auge. Berlin, J. Springer, 1918.

Die außerordentlich großen Fortschritte der Syphilidologie haben auf die verschiedenen medizinischen Spezialgebiete einen befruchtenden Einfluß ausgeübt und umgekehrt: die Arbeiten der Vertreter dieser Gebiete haben für unser Fach eine immer wachsende Bedeutung gewonnen. Das gilt besonders auch für die Ophthalmologie. Unter den Augenärzten, welche sich vom experimentellen wie vom klinischen Standpunkt aus mit der Syphilis des Auges eingehend beschäftigt haben, steht Igersheimer in allererster Linie. Er hat in dem vorliegenden Buch eine Zusammenstellung der gesamten modernen Forschungsresultate über die Beziehungen der Syphilis und des Auges gegeben und zugleich seine eigenen zahlreichen und eingehenden Untersuchungen mit verwertet. So ist ein Werk entstanden, welches in monumentaler Weise den augenblicklichen Stand der Lehre von den syphilitischen Erkrankungen des Auges wiedergibt.

Vorausgeschickt ist ein allgemeiner Teil, in welchem die syphilitische Infektion, die experimentelle Syphilis, die modernen Methoden der Syphilisdiagnostik, die angeborene Syphilis (welche für die Ophthalmologie ja von ganz besonderer Bedeutung ist) und die moderne Syphilistherapie in ausgezeichneter Weise besprochen wird, so daß auch der Syphilidologe diesen Überblick mit großem Vorteil lesen und manche Anregungen darin finden wird. Es ist natürlich nicht möglich, hier in eine Besprechung strittiger Punkte einzutreten — ich möchte daher nur einen Satz hervorheben, der gerade aus dem Munde eines so erfahrenen Augenarztes besonderen Wert hat: „Meine ganze Erfahrung geht jetzt dahin, daß eine Bedrohung des Sehorgans durch das Salvarsan nicht zu befürchten ist und daß deshalb weder das gesunde noch das kranke Sehorgan eine Kontraindikation gegen die Verabreichung des Mittels darstellt."

Im speziellen Teil werden zunächst die experimentellen Untersuchungen zur Syphilis des Auges erörtert, unter denen die eigenen Experimente mit Einimpfung in die Carotis besonderes Interesse darbieten. Dann folgen die Kapitel über die einzelnen Abschnitte des Auges: Lider und Bindehaut, Tränenapparat, Kornea und Sklera, Iris und Ziliarkörper, Chorioidea und Retina, kurze Bemerkungen über die Beziehungen des Glankoms zur Syphilis, außerordentlich eingehende Darlegungen über die Augennerven mit einer sehr lesenswerten Einleitung über die Syphilis des Zentralnervensystems, endlich Orbita und ein Schlußkapitel, aus dem sich die nicht genügend gewürdigte Bedeutung der Syphilis für die Blindheit ergibt: In 10·7% der „Jugendblinden" war die Augenaffektion syphilitischer Natur. (Lues und Gonorrhoe der Eltern gaben in etwa $^1/_8$ der Fälle von Erblindungen in der Jugendzeit die Ursache ab!)



Unter den erwähnten Einzelkapiteln ist von allgemein-pathologischem Interesse besonders auch das über die Keratitis parenchymatosa, in welchem die verschiedenen Theorien besprochen und die eigene des Verfassers eingehend dargelegt wird. (Umstimmung der Hornhaut durch die in ihr vorhandenen Spirochäten und Reaktion auf Spirochätenprodukte aus luetischen Herden an anderen Körperstellen.) Sehr wichtig sind auch die Bemerkungen über die Keratitis parenchymatosa bei akquirierter Lues, von der I. 3 Sondergruppen unterscheidet: 1. bei Infektion im frühesten Kindesalter, 2. bei Vorausgehen einer syphilitischen Augenkrankheit (Primäraffekt am Auge, Iritis, Skleritis etc.), 3. bei akquirierter Lues neben sicherer oder wahrscheinlicher kongenitaler Lues.

Das Buch I.'s ist reich an eigenen kasuistischen Mitteilungen, statistischen und histologischen Untersuchungen. Die Darstellung ist klar und einfach und zeugt von einer seltenen Kombination von allgemeinpathologischem, klinischem und kritischem Denken. Eine große Anzahl (150) klinischer und histologischer Bilder ist beigegeben und die Literatur sehr vollständig berücksichtigt. Auch die Ausstattung ist glänzend.

Wie jeder Ophthalmologe so wird auch jeder Syphilidologe von diesem Buch Kenntnis nehmen müssen. Wir sind dem Verfasser wie dem Verlage zu größtem Dank verpflichtet, daß sie uns in schwerster Zeit ein solches fundamentales Werk geschenkt haben.

Jadassohn (Breslau).

Boas, Harald. Die venerischen Krankheiten. II. Teil. 300 Seiten mit 17 Figuren und 2 farbigen Tafeln. Kopenhagen 1919. Verlag von Gyldendal.

Der zweite Band des ausgezeichneten Werkes setzt die Erörterung der tertiären Syphilis und Nervensyphilis fort. Die Kapitel über Syphilis der Augen und Ohren sind von N. Rh. Blegvad und H. Rönne verfaßt; die kongenitale Syphilis ist besonders eingehend behandelt und stützt sich hauptsächlich auf die vorzüglichen Studien von Oluf Thomsen, die im Auslande leider viel zu wenig bekannt sind. In dreißig Seiten liest man in Boas' Kapitel der hereditären Syphilis alles, Altes und Neues, was der praktizierende Arzt über diesen sehr wichtigen Gegenstand wissen muß. Die Behandlung der Syphilis, eine der größten Fragen der modernen Medizin, wird eingehend und sehr übersichtlich behandelt; war ja der Verf. selbst einer der Vorkämpfer der Salvarsantherapie bei uns. Er steht jetzt, wie die meisten Syphilidologen, auf dem Standpunkt der kombinierten Salvarsanquecksilberbehandlung und empfiehlt eine intermittierende Nachbehandlung mit Quecksilber selbst nach scheinbar gelungener Abortivkur. Salvarsan oder Neosalvarsan werden meistens intravenös gegeben, doch empfiehlt Boas wie Rasch, Arning, Wechselmann auch die intramuskuläre Injektion. Die Einreibung mit grauer Salbe ist seit Jahren die Standardform der Quecksilberapplikation in Dänemark; doch werden auch Injektionen von grauem Öl, Kalomel oder Salicyl. hydrargyr. gegeben (das letzte Präparat wird ja in Schweden meistens benutzt).



Man folgt durch das große Kapitel der Syphilis dem Verf. mit Interesse und Vertrauen; die Darstellung ist klar und die Bilder meistens vorzüglich. Im Autorenhinweise wird besondere Rücksicht genommen auf die skandinavischen Autoren; ebenso wird z. B. die sehr eingehende klassische dänische Untersuchungsmethode für Syphilitiker erwähnt.

Auch die Gonorrhoe ist eingehend und klar behandelt. In der Therapie folgt Verf. wesentlich der Neisserschen Behandlung mit steigenden Konzentrationen. Von Vakzinebehandlung als kurativen Effekt hat B. keine große Erfolge gesehen im Gegensatz zu verschiedenen deutschen Venerologen. In Dänemark hat Jersild eine Jontophorese-Behandlung besonders für frische Gonorrhoe inauguriert und wie es scheint mit sehr gutem Erfolg als Abortivkur. Bei Gonorrhoegicht werden die ausgezeichneten Resultate der von Rasch angegebenen Behandlung mit frischen aktiven und Bewegungen passiven besonders hervorgehoben.

Alles in allem bedeutet das Buch eine große Bereicherung unserer skandinavischen medizinischen Literatur. Sowohl dem Studierenden als dem Arzte wird es ein Handbuch sein, dessen Inhalt modern, zuverlässig und klar dargestellt ist. A. Kissmeyer (Kopenhagen).

Bach, Hugo. Anleitung und Indikationen für Bestrahlungen mit der Quarzlampe „Künstliche Höhensonne". 5. Aufl. Verlag von Curt Kabitzsch. 1919. brosch. M. 7.—, geb. M. 8.5 .

Die neue Auflage bietet keine wesentlichen Änderungen gegenüber der vorhergehenden, aber schon daß alljährlich eine neue Auflage erforderlich ist, zeigt die Beliebtheit des vorliegenden Werkes. In der Tat berührt es äußerst wohltuend, den Stoff kritisch behandelt, im Gegensatz zu anderen dicken Bänden das marktschreierische Anpreisen der „künstlichen Höhensonne" als Panazee vermieden zu sehen. Was die „Höhensonne" zu leisten imstande ist, wird gesagt, Theorie und therapeutische Anwendungsmethoden kommen zu ihrem Recht und wenn die Quarzlampe auch nicht alles zu heilen vermag, so zeigt B. doch, in wie vielfacher Richtung sie, vernünftig angewendet, von Nutzen sein kann.

R. Volk (Wien).

Stümpke, G. Prognose und Therapie der Geschlechtskrankheiten im Kindesalter. Verlag von Hermann Meusser, Berlin 1919. brosch. M. 6.—.

Der Krieg hat in seinen Folgen auch ein bedeutendes Anwachsen der venerischen Infektionen bei Kindern bewirkt; Not, enges Beisammenwohnen, mangelnde Aufsicht der Kleinen haben das Zustandekommen gezeitigt. Natürlich wurden vor allem die niederen Schichten der Bevölkerung davon betroffen und so findet diese Tatsache besonders in einem Anschwellen der Krankenziffern in den öffentlichen Krankenanstalten ihren Ausdruck. Aus dieser Erkenntnis ist das vorliegende Büchlein entstanden. Nach kurzen einleitenden Worten über die Symptomatologie wird das Hauptgewicht auf die therapeutischen Maßnahmen gelegt, welche ziemlich vollständig, wenn auch nicht immer, wie wir meinen, genügend kritisch angeführt sind. Als Wegweiser bei der Behandlung kann die Schrift empfohlen werden. R. Volk (Wien).



Hoffmann, Erich. Die Behandlung der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Bonn 1919. Marcus und Webers Verlag. II. vermehrte Auflage. brosch. M. 5.60, geb. M. 7.20.

Trotz der kurzen Spanne Zeit, welche zwischen dem Erscheinen der I. und II. Auflage verflossen ist, hat die letztere doch eine Vermehrung erfahren, so daß sie dem Leser auch für die neuesten Errungenschaften der Therapie ein getreuer Ratgeber ist. Aber nur als solcher kann das Buch dienen, denn die Dermatotherapie erlernt sich nur in langer, gewissenhafter Praxis bei genauer Kenntnis des jeweiligen pathologischen Zustandes des Gewebes. Bei allen Vorzügen des aus der Klinik entstandenen Werkes sei ein großer Nachteil hervorgehoben, d. i. der enorm hohe Preis des Buches. Der Versuch einer deutschen Nomenklatur für die Hauterkrankungen ist gewiß anzuerkennen, aber man müßte sehr prägnante Bezeichnungen finden. In den bisherigen Versuchen finden wir die Ausdrücke größtenteils unglücklich und unpraktisch gewählt. Was uns viel mehr not täte, das wäre endlich eine Ausmerzung der vielen unnötigen internationalen Bezeichnungen, eine Zusammenlegung verschieden benannter, aber identischer Krankheitsbilder und eine größere Prägnanz in der lateinischen Bezeichnung. R. Volk (Wien).

Schäffer, J. Therapie der Haut- und venerischen Krankheiten. Vierte verbesserte Auflage. Verlag von Urban u. Schwarzenberg. 1919. Preis M. 22.–.

Unter einer ganzen Reihe ähnlicher Bücher erfreut sich heute das vorliegende mit Recht der größten Beliebtheit. Für den Praktiker geschrieben nimmt es auch auf die Bedürfnisse der Praxis stets größte Rücksicht, doch kann sich auch der Spezialist darin oft genug Rats holen. Nur Erprobtes und Bewährtes wird empfohlen und da die Art der Applikation gerade bei den Dermatosen eine so wichtige Rolle spielt, ist der Behandlungstechnik ein besonderes Kapitel gewidmet. Im übrigen ist die Einteilung des Buches die gewöhnliche, indem den allgemeinen Angaben über Applikationsmethoden und physikalischen Heilmethoden der spezielle Teil der Behandlung der Hautkrankheiten folgt.

Den weitaus größeren Raum nimmt die Behandlung der venerischen Krankheiten ein, die ja besonders jetzt nach dem Kriege an Ausbreitung und Bedeutung zugenommen haben und deren Therapie in ihren wesentlichen Zügen doch auch vom praktischen Arzte genau gekannt sein muß. Eigene Kapitel sind dem Heiratskonsens nach Gonorrhoe und Syphilis gewidmet. Wir zweifeln nicht, daß bald eine 5. Auflage dieses ausgezeichneten Buches notwendig sein wird. R. Volk (Wien).

Thedering, F. Sonne als Heilmittel. 3. Aufl. Gerhard Stalling Oldenburg i. Gr. 1919. Preis M. 2.25.

Der überzeugte Anhänger der Sonnenlichtbehandlung wendet sich in dieser sehr zu empfehlenden gemeinverständlichen Abhandlung an das große Publikum, um ihm die Vorteile dieser Therapie darzutun welche nicht nur geeignet ist, Kranke zu heilen, sondern auch die durch Krieg und Not geschwächte Jugend vor Krankheit bewahren hilft. Das



wichtigste zum Verständnis der Wirkung der Bestrahlung, die Technik derselben wird kurz und faßlich ausgeführt, eine Reihe von Bildern zeigt die Erfolge bei Tuberkulose der Knochen und der Haut.

R. Volk (Wien).

Pöschl, Viktor. Einführung in die Kolloidchemie. 5. Aufl. Verlag von Theodor Steinkopff. 1919. Dresden und Leipzig. Preis M. 7.

Die große Bedeutung, welche die Kolloidchemie auch in der Medizin erlangt hat, wird es vielen Ärzten und Studierenden wünschenswert erscheinen lassen, sich an der Hand eines kurzen Leitfadens in dieser etwas schwierigeren neuen Materie zu orientieren. Dem Verfasser des Büchleins ist es gelungen, aus der großen Literatur das wichtigste herauszuheben und in klarer Diktion und faßlicher Form wiederzugeben. Für uns Mediziner würde das Buch an Wert bedeutend gewinnen, wenn die einschlägigen Kapitel etwas weiter ausgeführt würden, doch ist der chemisch-technische Teil so gut geraten, daß die Lektüre zur Einführung in die Kolloidchemie sehr zu empfehlen ist.

R. Volk (Wien).

Wetterer, J. Handbuch der Röntgen- und Radiumtherapie. I. Bd. Verlag von Otto Nemnich, München 1919. Preis M. 42.

Trotz Krieg und großen Schwierigkeiten ist es dem Verfasser und Herausgeber dieses vorzüglichen Handbuches doch gelungen, wenigstens den ersten Band der neuen Auflage erscheinen zu lassen und es wäre nur zu wünschen, daß die beiden anderen Bände — denn so stark ist der Stoff angeschwollen — möglichst bald folgen mögen.

Dieser Band enthält zunächst den physikalischen Teil über Stromvorstellung und Stromtransformation, die Energieformen der Entladungsröhre und eine Übersicht über die verschiedenen Röhrenmodelle, ihren Betrieb und ihre Entwicklung. Die Vorzüge und Nachteile der neuen gasfreien Röhren werden besprochen. Die Mittel zur Erkennung und Verhinderung der Schließungsinduktion werden aufgeführt, das Röntgenzimmer und seine Einrichtung, das therapeutische Instrumentarium mit seinen Hilfsutensilien und den Schutzvorrichtungen geschildert. Ein eigenes Kapitel ist der Dosimetrie gewidmet, sowohl der Quali- als auch der Quantimetrie; Vergleichstabellen erleichtern die Umrechnung der nach verschiedenen Methoden gewonnenen Werte.

Die zweite Hälfte des Bandes ist den biologischen und bestrahlungstechnischen Grundlagen der Röntgentherapie gewidmet. Sehr eingehend beschäftigt sich der Verfasser mit der Strahlenwirkung auf die Haut, der Histologie der bestrahlten Haut, der Wirkung auf die übrigen Organe, auf Pflanzen und andere Organismen. Die Dosierung der Röntgenstrahlen bei Oberflächen- und Tiefenbestrahlung, Schädigung im Röntgenbetrieb und deren Vermeidung findet ausführliche Betrachtung. Das Schlußkapitel, aus der Feder des großherz. Notars Schröder, Baden-Baden, stammend, faßt die Röntgentherapie nach ihrer rechtlichen Seite ins Auge und handelt von der Verantwortlichkeit der Röntgenärzte in zivil- und strafrechtlicher Beziehung.

Schon diese in gedrängter Kürze wiedergegebene Inhaltsangabe zeigt den reichen Inhalt dieses Bandes; dabei sind die Ausführungen des Verf. stets klar und präzis, das Wichtige hervorhebend, Nebensächliches nur streifend. Zahlreiche Abbildungen ergänzen und erläutern den Text. So gewährt das Buch in äußerst übersichtlicher Weise Einblick in die wichtigsten technischen und therapeutischen Grundlagen der Röntgenkunde und muß zu den besten Handbüchern dieses Spezialfaches gezählt werden; es sei besonders den röntgenologisch geschulten Dermatologen empfohlen. R. Volk (Wien).

Abhandlungen aus dem Gebiete der Sexualforschung. A. Marcus & E. Webers Verlag, Bonn 1918/19. Bd. I.

Marcuse, Max: Wandlungen des Fortpflanzungsgedankens und -Willens. Heft 1.

Die Natur kennt keinen Fortpflanzungswillen; sie hat den Geschlechtstrieb gegeben, ohne an Zwecke zu denken, die erst der Mensch hinzugedacht hat. In der Natur sind beide mit einander verbunden, der Kulturmensch hält sie aber auseinander. Die Scheidung ist um so klarer und entschiedener, je subjektiver die Auffassung der Beziehungen zwischen beiden Geschlechtern ist, je mehr Ansprüche geistiger Natur gestellt werden. So kann es dann durch Verfeinerung der Kulturbedürfnisse soweit kommen, daß der Liebes-Willen über dem Fortpflanzungsgedanken steht. Und so kann man denn die Wandlung im Laufe der Zeiten genau verfolgen: Erst ist der Fortpflanzungswille ohne bewußte Beziehung zum Geschlechtlichen, dann steht er über, weiterhin neben und schließlich unter dem Geschlechtlichen, der Liebe.

Schultze, Ernst: Die Prostitution bei den gelben Völkern. Heft 2.

Andere Völker, andere Sitten. Aber in bezug auf die Prostitution hat kein Volk dem andern etwas vorzuwerfen. Singapore ist der Mittelpunkt des Mädchenhandels im südöstlichen Asien. Dorthin kommen die Chinesinnen, die aber meist durch rechtlichen und öffentlichen Verkauf in die Hand des Besitzers gelangen. Natürlich kommt auch Frauenraub genügend häufig vor. Der Chinese behandelt die Frauen gut, besser, als die Weißen annehmen. In den Kolonien der weißen Völker in Ostasien wird der Mädchenhandel vielfach ganz offen betrieben, auch wenn er gesetzlich verboten ist. Natürlich spielt sich das meist unter der Duldung der Behörden ab. So z. B. hat England zwar sehr strenge Maßnahmen gegen den Mädchenhandel erlassen, führt sie aber nur zum Schutz englischer Frauen durch, die in Singapore, Hongkong, Shanghai, Pineny, Bornes, Ceylon, Bangoon, Kalkutta, Bombay, Madras und Dehli nicht in Bordellen gehalten werden dürfen. Und zur selben Zeit (1912), da in Großbritannien ein verschärftes Gesetz (Criminal Law Amendement Bill) gegen den Mädchenhandel beschlossen wurde, konnte ein Engländer ungestraft ein birmanisches Mädchen entführen und festhalten. Dagegen wurde der Herausgeber einer Zeitung, der diesen Fall veröffentlichte, von einem aus Engländern bestehenden Gerichtshof verurteilt! Der berühmte Joschi-

wara, Tokios Liebesviertel, entstand im Beginne des 16. Jahrhunderts. 1899 gab es dort etwa 3000 Frauen, die in 156 Häusern wohnten. Je nach der Pracht der Ausstattung und dem Reichtum der Kleidung unterscheidet man 3 Klassen von solchen Häusern. Hinter den Gittern sitzen die geputzten und schön frisierten Mädchen förmlich zur Schau. Einmal jährlich findet der sog. „Straßenzug der schönen Damen“ statt, ein feierlicher Umzug aller Prostituierten, zu dem die Bewohner von weit und breit zusammenströmen. Alle Versuche, das soziale Elend der Geischas zu bessern, waren bis jetzt ohne Erfolg. Mit einem Rückblick über den asiatisch-europäischen Handel mit Sklavinnen im Mittelalter schließt die interessante Abhandlung.

Winge, Paul: Der menschliche Gonochorismus und die historische Wissenschaft. Heft 3.

Unter dem Ausdrucke „Gonochorismus“ hat man sich den Abstand oder die Differenz zwischen den Sexualtypen vorzustellen; G. einer Bevölkerung wird meist nur ein Kennzeichen der tertiären Sexualcharaktere und bloß eine relative Größe sein, während der Geschlechtsunterschied eine absolute Größe ist. Er wechselt mit dem Alter und der Rasse. Das wird an den Germanen nachzuweisen gesucht, bei denen die Herrscher-Völker einen höheren G. hatten als die Unterworfenen. Mit steigender kriegerischer Kraftentwicklung gingen diese germanischen Herrscherrassen vom Matriarchat zum Patriarchat über. Dort wo das Matriarchat in Blüte stand, kam es infolge des geschwächten Gonochorismus zur Effemination der Männer (Skythen). Bei den Römern siegte das Patriarchat bedeutend früher als bei den Germanen; in der Sage vom Raube der Sabinerinnen ist dies ausgedrückt. Mit steigender Kultur kam es ebenso wie früher bei den Griechen auch bei den Römern zur Abschwächung des G.; Feminismus, Homosexualität und andere sexuelle Abnormitäten breiteten sich aus, die alte, sittenstrenge römische Oberklasse starb aus und mit ihr sank Roms Weltherrschaft in den Staub. Auch bei den Germanen kam es mit wachsender Kultur zu einer Applanierung von der Mitte des 13. Jahrhunderts an und damit zu steigender Sittenverderbnis (Ausschweifungen, „Unzucht wider die Natur“, Flagellation). Bald darauf setzten Bestrebungen zur Regeneration ein, die von Kirche und Staat geführt wurden, so daß der Niedergang nie so stark wurde, wie bei den Römern. Ende des 17. Jahrhunderts war der G. auf normaler Höhe angelangt; doch setzte später wieder ein Applanationsprozeß ein, der um die Mitte des 19 Jahrhunderts germanische — und romanische — Nationen ergriffen hat. Hugo Hecht (Prag).

Stückgold, Dr. E. Über den Einfluß von interkurrenten fieberhaften Krankheiten und von Fieberzuständen, die durch intraglutaeale Milchinjektionen hervorgerufen sind, auf den Verlauf der Syphilis, mit besonderer Berücksichtigung der kongenitalen. Verlag R. Trenkel, Berlin 1919.

Stückgold gibt zunächst eine Übersicht über die in der Literatur niedergelegten Fälle von Interferenz von Lues mit akuten Infektions-

krankheiten. Er konnte an der Kinderklinik der Berliner Charité eine derartige Interferenz in 36 Fällen von kongenitaler Lues beobachten. 20 hievon verliefen tödlich, zumeist durch eine die Infektionskrankheit (Masern, Diphtherie, Otitis media, Meningitis etc.) komplizierende Bronchopneumonie. In 11 Fällen war kein Einfluß der beiden Krankheiten aufeinander zu bemerken, in 4 Fällen wurde durch die Infektionskrankheit eine stark positive W.-R. negativ. Der Autor hält das Fieber nicht für den allein wirksamen Faktor, da er beobachtete, daß auch Infektionskrankheiten, die ohne Fieber verliefen, luetische Symptome zum Schwinden brachten. Milchinjektionen unterstützen die spezifische Therapie der kongenitalen Lues, machen die W.-R. aber nur vorübergehend negativ, sie ändern nichts am Charakter der Krankheit. Vielleicht läßt sich durch Kombination von solchen Bakterientoxinen und -leibern, die Krankheiten entstammen, welche einen günstigen Einfluß auf die Syphilis und deren Erreger zeigen, etwas für die Therapie erhoffen.

Walther Pick (Teplitz-Schönau).

Kyrle, Prof. Dr. J. Über den derzeitigen Stand der Lehre von der Pathologie und Therapie der Syphilis. Verlag Franz Deuticke, Leipzig und Wien. 1919. Preis Mk. 4.90.

Kyrle hat den theoretischen Teil eines Fortbildungskurses in 6 Vorlesungen zusammengefaßt, die in klarer und übersichtlicher Weise alles für den praktischen Arzt Wissenswerte über den gegenwärtigen Stand der Syphilislehre enthalten. Mit Recht wird auf die große Bedeutung des „echten Primärstadiums" (WR —) für den weiteren Ablauf der Erkrankung und die Wichtigkeit des richtigen therapeutischen Eingreifens in dieser Zeit hingewiesen, denn gerade hiebei sind Unterlassungssünden noch besonders häufig. Aber auch sonst bringt das kleine Buch dem Nichtspezialisten bezüglich Untersuchungsmethoden und Therapie die neuesten Ergebnisse und sei deshalb als Ergänzung der praktischen Fortbildungskurse angelegentlichst empfohlen. W. Pick (Teplitz-Schönau).

Der Redaktion eingesandte Bücher.

(Besprechung vorbehalten.)

Lipschütz, Priv.-Doz. Dr. M. Die Pubertätsdrüse und ihre Wirkungen. Ernst Bircher, Bern 1919. Preis Fr. 40.—.

Šamberger, Prof. Dr. Fr. Dermatologie. I. Teil. Verlag Česká grafická unie. Prag 1920. Preis Kč 25.—.

Seifert, Prof. Dr. Otto. Die tierischen Parasiten des Menschen. II. Teil. Klinik und Therapie der tierischen Parasiten des Menschen. C. Kabitzsch, Leipzig 1920. Preis broch. M. 72.—, geb. M. 81.60.

Pulvermacher, Dr. L. Grundzüge der Behandlung von Haut- und Geschlechtskrankheiten. Urban & Schwarzenberg, Berlin Wien 1920. Preis M. 18.—.

Hoffmann, Prof. Dr. Erich. Die Behandlung der Haut- und Geschlechtskrankheiten. III. verm. Aufl. Marcus & Weber, Bonn 1920. Preis broch. M. 14.—, geb. M. 18.—.

Jessner, Sanitätsrat Dr. S. Die kosmetische und therapeutische Bedeutung der Seife. III. verb. Aufl. C. Kabitzsch, Leipzig 1920. Preis M. 8.—.



Varia.

17. Jahresversammlung der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Die zum 17. Oktober einberufene Tagung erfreute sich der Teilnahme der staatlichen Behörden und einer zahlreichen Zuhörerschaft. Die Tagung stand unter dem Zeichen des in Kürze zu erwartenden Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, für das die Sachverständigenkommission der Gesellschaft in vielen Sitzungen Material gesammelt und wertvolle Unterlagen für die Formulierung geschaffen hatte. San.-Rat Dr. Block-Hannover gab ein übersichtliches Bild über diese Tätigkeit der Kommission, in der der alte Streit zwischen den Anhängern einer verbesserten Prostituiertenregelung und der Abolitionisten durch einen von beiden Richtungen gebilligten Mittelweg beendet wurde. Das Ergebnis stellt sich in einer Anzahl von Vorschlägen dar, die für ein Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten gemacht werden. Behandlungspflicht für jeden Geschlechtskranken, Behandlungszwang für Alle, bei denen die Gefahr besteht, daß sie ihre Krankheit weiter verbreiten können, Untersuchungszwang für alle einer Geschlechtskrankheit dringend Verdächtigen. Dafür: Recht auf freie Behandlung. Ferner Anzeigepflicht der Ärzte Kranken gegenüber, die ihre Kur unterbrechen oder im Verdacht stehen, ihre Krankheit weiter zu verbreiten. Verpflichtung der Ärzte, die Quelle der Ansteckung bei ihren Patienten zu erforschen und alle ihre Patienten auf die Gefahr der Weiterverbreitung ihrer Krankheit aufmerksam zu machen. Ferner wird gefordert: Bestrafung des Geschlechtsverkehrs Kranker, ohne daß eine Ansteckung des anderen Teiles nachgewiesen zu werden braucht. Verbot der Fern- (brieflichen) Behandlung von Geschlechtskranken. Verbot der Ankündigung von Mitteln, die zur Behandlung von Geschlechtskranken dienen. — Ammen müssen vor Ansteckung syphilitischer Kinder, Kinder vor Ansteckung bei syphilitischen Ammen geschützt werden. — Der Kuppeleiparagraph des Str.-G.-B. soll die Gewährung von Unterkunft an Personen über 18 Jahre, insofern kein Verleiten, Anwerben oder Anhalten zur Unzucht und keine Ausbeutung der Unzucht treibenden Personen vorliegt, gestatten. Endlich soll strafbar sein, wer öffentlich in einer den Anstand gröblich verletzenden Weise zur Unzucht auffordert oder sich anbietet.

Wenn ein diese Forderungen enthaltendes Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten zustande kommt, glaubt Vortragender, daß man einer besonderen Regelung der Prostitution würde entbehren können.

Da die praktische Durchführung eines Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten ohne ein Kurpfuschereiverbot ein Schlag ins Wasser ist, wurde auf Antrag des Senatspräsidenten Schmölder der Vorstand ersucht, bei der Reichsregierung und der Nationalversammlung erneut dringend darauf hinzuweisen, daß ein solches Verbot unerläßliche Voraussetzung einer gesetzlichen Regelung dieser Krankheiten ist.

Der Vorsitzende, Professor Blaschko, gab einen kurzen Überblick über die geleistete Arbeit, schilderte den Einfluß der überstürzten Demobilmachung und der durch die Revolution eingerissenen Disziplinlosigkeit auf die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten. Das Anschwellen der Erkrankungsziffer, die sexuelle Frühreife, die Gefahr einer Volksverseuchung ließen den Ruf nach sexueller Aufklärung laut werden; diesem Verlangen ist die DGBG gerecht geworden; sie hat es nicht an intensiver Aufklärungsarbeit unter innigem Konnex mit den maßgebenden Regierungsstellen fehlen lassen. Ihr Aufklärungsmaterial, Lichtbilder,

Lehrfilme und ihre Wanderausstellungen unterstützen diese Bestrebungen. Als bedeutendes Ergebnis der Tags zuvor stattgefundenen Ausschußsitzung berichtete der Vorsitzende über die Stiftung eines Albert Neisser-Preises für die beste Arbeit auf dem Gebiete der Geschlechtskrankheiten. Für diesen Preis, der alle zwei Jahre zur Verteilung kommen soll, sind der DGBG von Gönnern ihrer Bestrebungen Geldmittel zur Verfügung gestellt worden.

Professor Pinkus, der Generalsekretär der Gesellschaft, gab den Jahres- und Kassenbericht, der ein erfreuliches Bild von der fruchtbaren Tätigkeit der Gesellschaft gab. Den Zeitumständen entsprechend beanspruchte die Aufklärungstätigkeit den Hauptanteil. Massenvorträge, Vorträge vor den einzelnen Berufsgruppen und den Gewerkschaften fanden im ganzen Reiche mit Hilfe der Ortsgruppen statt. Für diese Vorträge hatten sich auf einen Aufruf der medizinischen Presse hin zahlreiche Ärzte zur Verfügung gestellt. Daneben nahm die Gesellschaft enge Fühlung mit den Landesversicherungsanstalten, den Krankenkassen, dem Landesausschuß für hygienische Volksbelehrung, um gemeinsam mit ihnen den Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten aufzunehmen. Auf Anregung der Gesellschaft veranstaltete ferner das Zentralinstitut für Erziehung und Unterricht einen Lehrgang zur Einführung in die Sexualpädagogik für die Lehrerschaft. Auch die Abhaltung kurzfristiger Ärztekurse in der Frühdiagnose und Frühbehandlung der Geschlechtskrankheiten wurde auf Veranlassung der Gesellschaft im ganzen Reiche in die Wege geleitet.

Leider werden der Gesellschaft durch die Erfüllung des Friedensvertrages wertvolle Ortsgruppen entrissen. Der Generalsekretär gedachte ihrer mit warmen Worten und betonte, daß das geistige Band nicht zerrissen werden könne.

Bei der Vorstandswahl wurde fur den ausscheidenden Präsidenten Hauss-Berlin Professor Finger-Wien gewählt und außerdem der Vorstand durch Zuwahl des Präsidenten Kaufmann vom Reichsversicherungsamt Berlin und Professor von Zumbusch-München erweitert.

Zum Schluß führte der Geschäftsführer der Gesellschaft, Dr. Röschmann, einen neuen Lehrfilm vor, der mit Unterstützung der DGBG von der Universum Film A. G. hergestellt, im Gegensatz zu den sogenannten Aufklärungsfilmen in sachlicher, wissenschaftlicher und doch allgemein verständlicher Weise das Wesen der Geschlechtskrankheiten lebendig zur Darstellung brachte.

18. Jahresversammlung der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Der durch den Generalsekretär Prof. Pinkus erstattete Jahresbericht skizzierte in knappen Zügen die rastlose, trotz der Ungunst der Zeiten an Ausdehnung gewinnende Tätigkeit der D. G. B. G. Durch Vereinfachung der Organisation, durch möglichste Zusammenfassung der Ortsgruppen in Landesverbände, die ihrerseits mit der Zentrale verbunden sind, durch Zusammenarbeit mit staatlichen Verwaltungskörpern, den Provinzial- und Kreiswohlfahrtsämtern ist zu erwarten, daß der Ausbreitung der Geschlechtskrankheiten ein fester Wall entgegengesetzt werden kann. Hierauf sprach der Vorsitzende, Geheimrat Blaschko, über den voraussichtlich in nächster Zeit dem Reichstag zugehenden Gesetzentwurf zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Dieser Gesetzentwurf, der sich im wesentlichen auf die Arbeiten der Sachverständigen-Kommission der D. G. B G. stützt, enthält den einen großen Fortschritt, daß an Stelle der bisherigen Reglementierung weniger eingeschriebener Prostiuierter ein System rein ärztlicher Überwachung aller gemeingefährlichen Geschlechtskranker beiderlei Geschlechts gesetzt werden soll. Aber — ein Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten kann nur einen ganz kleinen Teil derjenigen Abwehrmaßnahmen

bringen, welche auf dem Gebiete der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten überhaupt wirksam sind: Aufklärung, Prophylaxe, Therapie, soziale Einrichtungen usw., andererseits kann es nur den Rahmen bilden für diejenigen Maßregeln, die nachher auf Grund dieses Gesetzes im Reiche und in den einzelnen Ländern von den verschiedenen Verwaltungskörpern geschaffen werden müssen. In dem Gesetz enthalten ist die Belehrungspflicht der Ärzte. Mit dieser Forderung muß gleichzeitig ein Behandlungsverbot durch nichtapprobierte Ärzte und das Verbot des Annoncierens einhergehen — gleichzeitig bringt das Gesetz eine beschränkte Anzeigepflicht, aber keine allgemeine Anzeigepflicht — nach Blaschko mit Recht — eine solche wäre nicht nur nutzlos, sondern würde direkt schädlich wirken, insbesondere würde sie die Kranken minderwertigen Elementen in die Arme treiben. Die Geschlechtskrankheiten verbreiten sich vor allen durch den Geschlechtsverkehr; aber es gibt keine Maßnahme, die imstande wäre, zu verhüten, daß Geschlechtskranke geschlechtlich verkehren und so ihre Erkrankung weiterverbreiten. Man kann also einzig und allein dafür sorgen, daß der Kranke sachgemäß behandelt wird. Wenn nun der Patient angezeigt wird, ist er ja schon in Behandlung. Und er kann doch erst dann vom Arzt angezeigt werden, wenn er sich in dessen Behandlung begeben hat. Dann ist aber eine Anzeige entbehrlich. Um zu erreichen, daß der Patient in der Behandlung verbleibt, bedarf es doch wohl nicht der Meldung aller Kranker, sondern höchstens derer, die aus der Behandlung fernbleiben. Über eine beschränkte Meldepflicht des Arztes dagegen denjenigen Kranken gegenüber, die ihre Behandlung in sträflicher oder leichfertiger Weise vernachlässigen, läßt sich eher reden, freilich dürfte die Meldung auch da nicht sofort an die Gesundheitsbehörde, sondern erst an eine Beratungsstelle erfolgen, ja Blaschko ist der Meinung, daß, wie dies in Mannheim jetzt schon eingeführt ist, vordem dem Arzt noch das Recht zustehen müsse, säumige Patienten zu mahnen. Wünschenswert ist ferner die Anzeige der Infektionsquelle, wie sie in der Schweiz und in Schweden sich sehr bewährt hat. Man jagt einem Phantom nach, wenn man wähnt, alle Fälle lückenlos erfassen zu können, durch eine allgemeine Anzeigepflicht würden zudem die Patienten vom gewissenhaften Arzte weg zu den Pfuschern und Annonceuren getrieben und es würde den allerschlimmsten Mißbräuchen Tür und Tor geöffnet, der Sache selbst dadurch nur geschadet. Der geradezu ungeheuerliche Vorschlag, daß die Kranken sich selbst dauernd melden sollen, bedarf keiner ernsthaften Diskussion; er nimmt weder Rücksicht auf die Psychologie der Kranken noch auf die Vielfältigkeit des Lebens und der Krankheitsfälle. Man muß gangbare Wege gehen, auf den gegebenen Organisationen weiterarbeiten, und vor allem die realen Verhältnisse berücksichtigen. Und hierfür ist der Gesetzentwurf wohl geeignet. Die Hauptarbeit beruht dann in der verständnisvollen Zusammenarbeit von Verwaltungskörpen, Krankenkassen und Ärzteschaft, damit Brauchbares zustande kommt.

Personalia. Prof. Riecke (Göttingen) wurde zum Ordinarius ernannt.

Für das neuerrichtete Extraordinat für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Marburg ist Priv.-Doz. Dr. Ruete in Aussicht genommen.

Dem „Dermatologicum“ von Prof. Unna sind die Rechte eines Universitätsinstitutes verliehen worden.

Register zu Band CXXV.

I.

Sach-Register.

A.



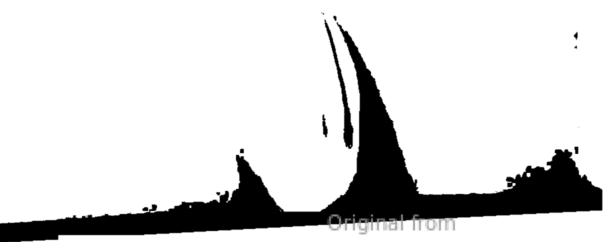
B.



F.



H.





I.

J.

K.

M.



O.







R.

S.







V.

W.

X.

Y.

Z.

II.

Autoren-Register.
































Polyvalente

Gonokokken-Vaccine

zur spezifischen Behandlung sekundärer gonorrhoischer Komplikationen.

Besonders indiziert bei ***Arthritis gonorrhoica***

Epidydimitis — Prostatitis — Spermatocystitis.

Die Anwendung des Vaccigons eignet sich in erster Linie für alle geschlossenen gonorrhoischen Prozesse, bei denen in einem hohen Prozentsatz der Fälle Heilung erzielt wurde.

Kartonpackung: *6 Ampullen mit steigenden Dosen von 5 bis 100 Millionen Keimen im ccm.*

Flaschenpackung *(für Kliniken und Krankenhäuser):*

A mit 50 Millionen Keimen pro ccm.
B „ 100 „ „ „
C mit 500 Mill., D mit 1000 Millionen Keimen pro ccm. Dosierung nach Wunsch.

Literatur: *D. M. W. 1920. Nr. 13. Peters Behandlung der Gonorrhoe mit Vaccigon.*

Sächsisches Serumwerk / Dresden.

TRICHON

Hochgradig polyvalentes Misch-Trichophytin nach Prof. Dr. Carl Bruck

zur spezifischen Behandlung der Trichophytie

(subkutane oder intramuskuläre Injektionen).

Therapeutisch und diagnostisch ausgezeichnet bewährt

(vgl. insbesondere: **C. Bruck.** Über die Behandlung tiefer Bartflechten mit Trichon. Münchener Medizinische Wochenschrift 1918, Nr. 13).

Originalpackung:

Fläschchen zu 1 ccm Inhalt, für eine Behandlung ausreichend.

Literatur und Prospekt zur Verfügung.

Chemische Fabrik auf Actien (vorm. E. SCHERING)

Berlin N., Müllerstraße 170/171.

A. Haase, Prag.

Ausschließliche Inseraten- und Beilagen-Annahme durch das Annoncenbureau für Medicin Karl Lohner, Berlin S. W. 68, Kochstraße 67.





